FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1957

96

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES RÖSCH

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 15 Janvier 1918 à Sidi-Bel-Abbès

DÉMOGRAPHIE, SOCIOLOGIE ET PATHOLOGIE DES IMMIGRÉS NORD-AFRICAINS DANS LA SEINE ÉTUDIÉES D'APRÈS DES ENQUÊTES HOSPITALIÈRES

Président : M. le Pr JUSTIN-BESANÇON

SILIC

Imprimerie, 41, rue du Metz

LILLE

DÉMOGRAPHIE, SOCIOLOGIE ET PATHOLOGIE DES IMMIGRÉS NORD-AFRICAINS DANS LA SEINE

ÉTUDIÉES D'APRÈS DES ENQUÊTES HOSPITALIÈRES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1957

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES RÖSCH

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 15 Janvier 1918 à Sidi-Bel-Abbès

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DÉMOGRAPHIE, SOCIOLOGIE ET PATHOLOGIE DES IMMIGRÉS NORD-AFRICAINS DANS LA SEINE ÉTUDIÉES D'APRÈS DES ENQUÊTES HOSPITALIÈRES

Président : M. le Pr JUSTIN-BESANÇON

S I L I C

Imprimerie, 41, rue du Metz

L I L L E

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq (P.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Larocht (G.), Laubry, Lemaitre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquoe, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

Doyen : Léon Binet
Membre de l'Institut.

Assesseur : Jean Verne

I. — *PROFESSEURS*

Anatomie pathologique	MM. Cordier (G.)
Bactériologie	Delarue (A.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	Fasquelle (R.)
Biologie médicale	Chailley-Bert (P.)
Cancérologie médicale et sociale	Fauvert (R.)
Chimie médicale	Jean-Bernard
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	Jayle (M.-F.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	Ménégaux
Cliniques chirurgicales — Salpétrière	Sicard (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	Moulonguet (P.)
Clinique chirurgicale et orthopédique	Quénu (J.)
Clinique de Cardiologie	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	Mouquin (M.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	de Gaudart-d'Allaines
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	Fèvre (M.)
Clinique de la tuberculose	Monod (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	Bernard (E.)
Clinique de puériculture	Petit-Dutaillis (D.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Lelong (M.)
Clinique des maladies du sang	Degros (R.)
Clinique des maladies du système nerveux	Chevallier (P.)
Clinique des maladies des enfants	Alajouanine (T.)
Clinique des maladies infectieuses	Cathala
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Mollaret (P.)
Clinique gynécologique	Delay (J.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	Funck-Brentano (P.)
Cliniques médicales — Bichat	Bariéty (M.)
Cliniques médicales — Cochin	Justin-Besançon
Cliniques médicales — Broussais	Moreau (R.)
Clinique d'hydro-climatologie thérapeutique	de Gennes (L.)
Clinique médicale propédeutique	Debray
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	Pasteur-Vallery-Radot (L.). Boulin (R.)
Cliniques obstréticales — Tarnier	Lantuejoul (P.)
Cliniques obstréticales — Baudelocque	Lacomme (M.)
Cliniques obstréticales — Port-Royal	Varangot
Clinique opthalmologique	Renard
Clinique oto-rhino-laryngologique	Aubin (A.)
Clinique physio-pathologie des problèmes alimentaires	Hamburger
Clinique psychiatrique infantile	Heuyer (C.)
Clinique rhumatologique sociale	Coste (F.)
Clinique stomatologique	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque (J.)
Clinique thérapeutique médicale	Lemaire (A.)
Clinique urologique	Fey (B.)
Embryologie	Giroud (A.)
Génétique médicale	Lamy (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Soulié
Histologie	Verne (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	Turpin
Hygiène et médecine préventive	Joannon (C.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Piédelièvre (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Galliard (H.)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	Lavier (G.)

Pathologie expérimentale et comparée	MM. Lenègre (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Decourt
Pathologie et thérapeutique générale	Garcin (J.)
Pédiatrie sociale	Marie (J.)
Pharmacologie et matière médicale	Hazard (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	Dognon (A.)
Physiologie	Binet (L.)
Physique médicale	Strohl (A.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale	Patel
Thérapeutique	N...

II. — *PROFESSEURS SANS CHAIRE*
MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

Anatomie	MM. Delmas (A.) *pr. s. ch.*
	Debeyre (J.)
	Olivier
	Cabrol (C.)
Anatomie pathologique	Mlle Gauthier-Villard (P.) *pr. s. ch*
	MM. Busser (F.)
	Gouygou (Ch.)
Bactériologie	Nevot (A.)
	Christol (D.)
	Itori (J.) *pr. s. ch.*
Biochimie médicale	N...
	N...
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Dermato Syphiligraphie	Dherrat (F.)
Embryologie	Tuchmann
Histologie	N...
	N...
	N...
Hydrologie	Cornet
Hygiène	Boyer (J.) *pr. s. ch.*
	Deparis (M.) *pr. s. ch.*
Maladies infectieuses	Bastin
	Derobert (L.) *pr. s. ch.*
Médecine légale et du Travail	Gaultier (M.)
	Hadengue (A.)
	Albahary
Neurochirurgie	David (M.)
Neurologie	Lhermitte
Obstétrique	Grasset (J.)
	Lepage (F.)
	Merger (R.)
	Morin (P.)
	Ravina (J.)
	Robey (M.)
	Le Lorier
Ophtalmologie	Desvignes (P.)
	Bregeat
Orthopédie	Judet (R.)
Oto-rhino-laryngologie	Aubry (M.)
	Maduro (R.)
Parasitologie	Chabaud (A.)
	N...
Pathologie chirurgicale	Aboulker (P.)
	Baumann (J.)
	Gosset (J.)
	Laurence (G.)
	Lortat-Jacob (J.)
	Olivier (Cl.)
	Poilleux (F.)
	Verne (J.-M.)
	Dubost
	Mathey
	Flabeau
	Cauchoix
	Faurel
	Barcat
	Germain
	Thomeret

Pathologie expérimentale	MM. Loeper (M.)
	Maurice
Pathologie médicale	Boudin (G.)
	Castaigne (P.)
	Conte (M.)
	Domart (A.)
	Lamotte (M.)
	Laroche (Cl.)
	Milliez (P.)
	Pequignot (H.)
	Perrault (M.)
	Rambert (P.)
	Thieffry (St.)
	Turiaf (J.)
	Bricaire
	Royer
	Brissaud
	Derot
	Bouvier
	Macrez
	Wolfromm
Pédiatrie	Joseph (R.)
	Mozziconacci (P.)
	Polonovsky (Cl.)
Pharmacologie	Cheymol (J.) *pr. s. ch.*
	Mlle Lévy (J.) *pr. s. ch.*
Physiologie	MM. Barjeton (D.) *pr. s. ch.*
	Parrot (J.) *pr. s. ch.*
	Dejours (P.)
Physique médicale	Djourno (A.) *pr. s. ch.*
	Gougerot
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
Psychiatrie	Pichot
Psychiatrie infantile	Michaux (Z.)
Rhumatologie	Delbarre
Stomatologie	Mme Chaput (A.)
	MM. Cernea (P.)
Thérapeutique	Chassagne
Urologie	Kuss (R.)

III. — *PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT*

Clinique chirurgicale	MM. Ameliné (A)
	Huguier (J.)
	Leger (L.)
	Padovani (F.)
	Roux (M.)
	Rudler (J.-C.)
Clinique médicale	Brouet (G.)
	N...
	Dreyfus (Gilbert)
	Hagueneau (M.) *pr. s. ch.*
	Kourilsky (R.)
	Marchal
Clinique obstétricale	Ecalle (G.)
	Mayer (M.)
Clinique ophtalmologique	Offert (G.)
Clinique urologique	Couvelaire (R.)
Secrétaire général de la Faculté	M. Morel (J.)
Secrétaire	Mlle Chaintreuil (G.)
Conservateur chargé de la Direction	M. le Docteur Hahn (A.)
Conservateur	Mlle Goichon
Bibliothécaires	Mlles Dumaitre (P.), Laurent (H.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE
Docteur en Médecine

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551514_0023

A Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé Henri PEQUIGNOT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur André JACQUELIN

Médecin des hôpitaux.
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

qui m'ont accueilli successivement comme stagiaire, externe et interne f. f.

1949 Monsieur le Professeur BÉNARD
Monsieur le Professeur Agrégé RAMBERT
Monsieur le Professeur Agrégé PEQUIGNOT
1950 Monsieur le Professeur BROCQ
Monsieur le Professeur Agrégé POILLEUX
Monsieur le Professeur SOULIÉ
Monsieur le Professeur Agrégé BOUVRAIN
1951 Monsieur le Professeur LAMY
1952 Monsieur le Professeur ÉTIENNE-BERNARD
Mademoiselle le Docteur LOTTE
Monsieur le Docteur HOUDARD
1953 Madame le Docteur BERTRAND-FONTAINE
Monsieur le Docteur SCHNEIDER
1954 Monsieur le Docteur EVEN
Monsieur le Docteur SORS
1955 Monsieur le Docteur JACQUELIN
Monsieur le Docteur ROMAN.

Ce travail n'eût pas été possible sans l'appui, l'aide et les conseils que nous avons trouvés aussi bien auprès de nos Maîtres des Hôpitaux qu'auprès des organismes et personnalités préoccupés par les problèmes que nous avons étudiés.

Nous ne saurions trop exprimer à notre Maître le Professeur Agrégé Henri PEQUIGNOT notre gratitude et notre admiration. Initiateur de ce travail, il a guidé et encouragé nos efforts, nous faisant profiter de son expérience des études hospitalières, de sa profonde connaissance et de sa vision élevée des problèmes médicaux sociaux. Le mérite de ce travail lui est dû.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à Monsieur le Docteur JACQUELIN qui nous a donné la possibilité de mener l'enquête la plus approfondie servant de base à ce travail, alors que nous exercions les fonctions d'interne dans son service ;

à Monsieur le Professeur Agrégé Yves BOUVRAIN qui a guidé nos premiers pas dans nos études médicales et nous a permis de compléter dans son service certaines de nos observations ;

à Monsieur le Docteur SOMIA, Chef du service de Phtisiologie à l'Hôpital Franco-Musulman ; à Monsieur le Docteur SCHNEIDER, Assistant des Hôpitaux.

Lorsqu'il nous est apparu qu'une étude étendue était nécessaire pour étayer les résultats obtenus dans nos premières recherches, nous avons trouvé de constants soutiens dont nous remercions tout spécialement :

Monsieur le Docteur X. LECLAINCHE, Directeur Général de l'Assistance Publique, qui a autorisé notre enquête. Monsieur J. ESTEVE, Directeur du Bureau d'Études de l'Assistance Publique. Monsieur M. ROUSSIN, Chef du Service de Mécanographie et le personnel du Bureau d'Études.

Messieurs les Directeurs des Hôpitaux de l'Assistance Publique.

Messieurs GIROD, Inspecteur Général à la Préfecture de la Seine, BOUCARD, Directeur des Affaires Départementales et Générales, DEBRIE, Administrateur à la Préfecture de Police, qui ont autorisé et facilité notre enquête dans les Hôpitaux de la Seine.

Messieurs les Directeurs des Hôpitaux de Créteil, Saint-Denis et de la Maison Départementale de Nanterre. Monsieur DEBEAUPUIS, Directeur de l'Hôpital Franco-Musulman.

Monsieur le Professeur BUGNARD, Directeur de l'Institut National d'Hygiène, et Monsieur le Docteur TRÉMOLIÈRE, Chef de la Section de Nutrition à l'I. N. H., qui ont mis à notre disposition un enquêteur, Boursier de l'I. N. H., Mademoiselle le Docteur LOTTE, Chef de la Section de la Tuberculose, Monsieur le Docteur DENOIX, Chef de la Section du Cancer.

Monsieur ROSIER, Directeur de la Main-d'Œuvre au Ministère du Travail, qui a bien voulu s'intéresser à notre étude, Monsieur DEMONDION, Sous-Directeur de l'Emploi, Monsieur le Docteur GILLON, Médecin Inspecteur Général du Travail et de la Main-d'Œuvre, Monsieur le Docteur A. ROTHAN, Médecin Inspecteur du Travail et de la Main-d'Œuvre, Monsieur GORECKI, Chef du 4e Bureau de la Main-d'Œuvre, Monsieur ROMAIN, du 4e Bureau de la Main-d'Œuvre.

Monsieur le Docteur AUBENQUE, Chef du Service des Statistiques sanitaires et médicales de l'Institut National de la Statistique, et Monsieur LUCCHI, Attaché à l'I. N. S. E. E. qui nous ont aidé dans l'organisation de notre enquête.

Quand nous avons entrepris de contrôler nos études sur les problèmes démographiques et sur ceux de la morbidité tuberculeuse, nous avons été heureux d'avoir communication des résultats de travaux en cours sur ces questions. Nous en remercions :

Monsieur de Serre, Directeur de l'Office de l'Algérie, qui nous a ouvert ses services, Madame Milliot, Chef du Service de Coordination Médico-Sociale, Messieurs Flye-Saintemarie et Demoyen du Bureau d'Études des Mouvements de la Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie, Monsieur le Docteur Defour, Chef du Service de la Statistique du Gouvernement Général de l'Algérie.

Les Organismes de Sécurité Sociale, et en particulier Monsieur le Docteur Berlioz, Médecin Conseil de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale, Monsieur le Docteur Marx, Médecin Chef du Service de la Statistique Médicale de la Caisse Régionale, de Paris, Monsieur le Docteur Komarover, Médecin Conseil Phtisiologue de la Sécurité Sociale.

Nous devons une spéciale gratitude à Monsieur Carré, Boursier de l'I. N. H., et à Madame Lefèvre, Externe f. f. des Hôpitaux de Paris, qui ont procédé à l'enquête dans les 29 Hôpitaux de la Seine. Leur travail acharné a permis de rassembler avec une remarquable rapidité les documents de base de ce travail.

Nous remercions nos camarades qui, poursuivant des travaux parallèles aux nôtres, nous ont aidé dans notre tâche : le Docteur Flahaut, Messieurs Magdelaine et Laugier, Internes des Hôpitaux de Paris, Champion, Interne des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous exprimons une particulière reconnaissance à Monsieur Henry, Chef de Service à l'Institut National d'Études Démographiques, qui nous a guidé dans notre travail démographique et statistique.

Et aux Études Sociales Nord-Africaines, où nous avons trouvé auprès du R. P. Ghys et de Monsieur Leriche une aide qui ne nous a jamais fait défaut.

INTRODUCTION

Au médecin qui tente d'étudier les Nord-Africains en France s'impose la nécessité d'envisager, en même temps que les problèmes médicaux, les aspects démographiques et sociaux qui leur sont intimement liés.

Aussi avons-nous cherché à observer cette population sous des faces multiples. Faire le « tour » d'un phénomène n'est pas dans les possibilités réelles ; du moins ne perdons-nous pas de vue l'idéal d'explorations complètement convergentes.

Ainsi qu'il est nécessaire, pensons-nous, dans toute étude de ce genre, nous nous sommes efforcés, au long de ce travail, d'aller de la généralité du problème à la particularité des cas.

Nous essayons de donner une vision d'ensemble de la totalité de notre objet, pour échapper aux impressions fondées sur des exemples trop spéciaux ; car notre esprit, peu quantitatif, tend à croire fréquents des faits qui ne sont que frappants.

Mais par ailleurs, et autant qu'il était possible, nous tentons de conduire nos observations jusqu'au terme de la condition personnelle.

Les limites de notre temps et de nos moyens, nous ont empêché de pousser notre enquête, ainsi que nous l'aurions voulu jusqu'à l'étude de l'homme dans sa vie journalière, sur les lieux de son travail et de son existence. Nous considérons cette lacune comme la faille de notre recherche, et nous la regrettons.

Nous donnons le résultat de cette enquête dépouillé et brut.

DONNÉES UTILISÉES

Les données que nous utilisons dans ce travail résultent de quatre études distinctes.

I. ENQUÊTE DANS LES 29 PRINCIPAUX HOPITAUX PUBLICS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Une enquête étendue a été faite de mai à août 1956 dans les 29 principaux hôpitaux publics du département de la Seine.

a) Dans les 14 principaux hôpitaux de circonscription de l'Assistance Publique, les malades ont été étudiés sur fiche individuelle.

Ces 14 hôpitaux, tous hôpitaux d'adultes, sont :

DÉNOMINATION	NOMBRE DE LITS [1 a]	DÉNOMINATION	NOMBRE DE LITS [a]
		Report	8.243
Beaujon	1.615	Lariboisière	1.318
Bicêtre	1.944 [b]	Necker	700
Bichat	1.187	St-Antoine	1.270
Broussais	1.014	St-Louis	1.505
Cochin	1.139	La Pitié	1.268
Hôtel Dieu	962	La Salpétrière	1.690 [b]
Laennec	841	Tenon	1.472
Total lits à reporter	8.243	Total	17.466

Une fiche d'enquête a été établie pour chaque malade né en Afrique du Nord, hospitalisé au cours de 12 semaines témoins.

Nous avons choisi notre population en fonction du lieu de naissance pour faciliter le travail de l'enquêteur. Ce procédé ne présentait aucun inconvénient dans les hôpitaux d'adultes.

Certes, il pouvait nous priver des malades musulmans nés en France. Mais on peut considérer cette catégorie de population comme numériquement négligeable. Les hôpitaux d'adultes n'admettent que des malades de plus de 15 ans. Or la population musulmane dans la Seine était peu nombreuse avant 1941. Notre enquête dans les maternités de l'Assistance Publique ne nous permet de retrouver aucune naissance issue de mariage mixte avant 1949, aucune naissance issue de ménage musulman avant 1954.

D'autre part, le procédé de choix de notre échantillon nous apportait une notable proportion de malades nés en Afrique du Nord d'origine européenne ou israélite. La distinction de ces populations a été faite d'après les noms et prénoms lors de la codification des fiches, sans difficulté notable, avec un pourcentage d'indétermination négligeable.

Les semaines choisies pour notre sondage sont :

D'une part la première semaine de mars en 1938, 1947, 1949, 1951, 1953, 1954.

D'autre part la première semaine de janvier, mars, juillet, octobre en 1955, janvier et mars en 1956.

Les semaines choisies ne sont pas régulièrement réparties dans l'année. Nous avons été en effet amenés à choisir le mois de mars plutôt que le mois d'avril pour éliminer les causes d'erreur dues à l'influence des fêtes mobiles sur le rythme des entrées. Influence des Fêtes de Pâques d'une part. Surtout du mois du Ramadan qui depuis 1947 s'est déplacé de juillet à avril. De même nous avons choisi la semaine du 3 au 9 de chaque mois pour éliminer les journées du 1er et 2 janvier.

Par ailleurs, la moyenne des entrées au mois de mars est celle qui se rapproche le plus de la moyenne des entrées dans l'année. [c]

---

1. — **12*** — A. Gardie. *Les Hôpitaux des grandes agglomérations urbaines.*
— **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie. *Enquête hospitalière générale.*

[a] Ce nombre de lits n'est donné qu'à titre indicatif, il est variable en fonction des aménagements, travaux, installations de lits supplémentaires, etc...

[b] Y compris lits d'hospice.

[c] Cf. Chapitre III, données hospitalières, pp. 124 et suiv.

* N° dans la bibliographie.

La fiche d'enquête établie pour chaque malade rassemble tous les renseignements fournis par le registre d'entrée de l'hôpital où sont reportées les indications données par le billet de salle. Elle répond à 18 questions, dont le diagnostic.

16 données sont directement fournies par le registre d'hôpital, ce sont :

Hôpital	Profession
Numéro matricule	Domicile
Mode d'entrée	Situation de famille
Date d'entrée	Lieu de naissance
Service d'hospitalisation	Diagnostic
Nom et prénom	Cause de décès, s'il y a lieu
Sexe	Durée de séjour
Année de naissance	Statut de Frais de séjour

2 données ont été déduites des précédentes et ajoutées sur la Fiche :
Population musulmane, européenne ou israélite (d'après nom et prénom).
Milieu géographique d'origine (d'après le lieu de naissance.) [a].

Des cartes perforées ont été établies à partir de ces fiches d'enquête et exploitées mécanographiquement.

Toutes les données de la fiche d'enquête ont été codées, et reportées sur les cartes perforées, sauf le numéro matricule et le nom et prénom. Mais il a été perforé, en plus, un numéro de fiche qui permet à partir de la carte perforée de retrouver le nom, l'hôpital et le numéro matricule de chaque malade pour se reporter, si besoin, à son dossier médical complet, dans le service d'hospitalisation.

Toutes les précisions sur les classifications et codifications se rapportant à chaque donnée seront fournies lors de son étude particulière au cours de ce travail.

L'enquête dans les 14 principaux hôpitaux d'adultes de l'Assistance Publique rassemble 3.544 cas, dont :

— 2.802 Musulmans (Population 1).
— 392 Européens (Population 2).
— 312 Israélites (Population 3) [b].

b) Afin d'obtenir un dénombrement aussi complet que possible des Nord-Africains hospitalisés dans la Seine, il a été procédé à un recensement de Nord-Africains hospitalisés au cours des semaines considérées.

---

[a] Cf. Chapitre 1, données démographiques, p. 67.

[b] Le total des cas étudiés sera souvent différent du total brut. Ceci résulte de l'existence d'une certaine proportion de cas « indéterminés » ou de « rebuts » due à des erreurs de codification ou de perforation. Ce pourcentage sera spécialement indiqué et étudié chaque fois qu'il risquera d'avoir une incidence sur la validité des données.
Ici indéterminés + rebuts : 38.

Dans trois hôpitaux d'adultes de l'Assistance Publique, d'importance moindre :

DÉNOMINATION	NOMBRE DE LITS
Boucicaut	481
Claude Bernard	677
Dubois	222
Total de lits	1.380

Dans 4 hôpitaux publics de banlieue :

DÉNOMINATION	NOMBRE DE LITS
Hôpital inter-communal de Créteil	705
Hôpital inter-communal de St-Denis	468
Hôpital Franco-Musulman de Bobigny	393
Hôpital-Hospice de Nanterre	511 [a]
Total des lits	2.077

Dans ces quatre hôpitaux, le domicile de chaque malade hospitalisé a été relevé de façon à pouvoir déterminer la zone d'attraction de chaque hôpital. Cette étude était particulièrement nécessaire pour l'hôpital de Bobigny dont la zone d'attraction sur la population nord-africaine est très étendue. A partir de ces renseignements, nous avons pu calculer des taux de pondération qui nous étaient nécessaires pour préciser certaines des données fournies par l'enquête portant sur les 14 hôpitaux de l'A. P. [b].

c) Pour préciser les données concernant les femmes et les enfants, une enquête particulière, portant sur les semaines considérées, a été menée dans les maternités et hôpitaux de pédiatrie de l'Assistance Publique.

DÉNOMINATION	NOMBRE DE LITS		
		Report	1.236
Beaudelocque (maternité)	154	Enfants Malades (Pédiatrie)	700
Maternité (maternité)	200		
Tarnier (maternité)	152	Hérold (Pédiatrie)	250
St-Vincent de Paul (maternité) (Pédiatrie)	186	Trousseau (Pédiatrie)	567
Bretonneau (maternité) (Pédiatrie)	544		
Total à reporter	1.236	Total	2.753

[a] Lits d'hôpital seuls.
[b] A. P. : Assistance Publique.

L'enquête a également été faite sur les registres d'entrée des hôpitaux. Elle répond à 6 questions :

— Nom et prénom
— Date de naissance
— Domicile
Situation de famille
Lieu de naissance
(France ou Afrique du Nord)
Diagnostic

— Le relevé des malades a été fait en fonction du nom et prénom. L'enquête ne porte donc — par opposition à l'enquête menée dans les 14 hôpitaux de l'A. P. — que sur les malades de nom musulman :

Femmes musulmanes mariées à un Musulman ou un Européen (le nom de jeune fille étant indiqué), ou femmes européennes mariées à un Musulman. Les femmes européennes vivant maritalement avec un Musulman ne sont donc pas discernables.

Enfants issus de mariages musulmans ou mixtes, ou reconnus par le père.

Au total cette enquête porte sur 29 hôpitaux représentant 88,8 % de la capacité d'hospitalisation des hôpitaux publics du département de la Seine, dont 25 hôpitaux de l'Assistance Publique représentant 95,1 % de la capacité d'hospitalisation de l'Assistance Publique.

HOPITAUX PUBLICS DE LA SEINE	NOMBRE DE LITS
Assistance Publique :	22.700
Hôpitaux communaux :	1.655
Hôpitaux départementaux :	2.307
Total	26.662

HOPITAUX ÉTUDIÉS	NOMBRE DE LITS
Assistance Publique :	
14 principaux hôpitaux	17.466
3 autres hôpitaux	1.380
8 Maternités et Hôpitaux d'enfants	2.753
Hôpitaux communaux et Hôpitaux départementaux	2.077
Total	23.676

En fait, le pourcentage étudié des Nord-Africains hospitalisés est supérieur à ce chiffre brut et peut être estimé à plus de 95 % [a].

[a] Pour plus de détails sur cette estimation,
Cf. Chapitre III. Données hospitalières, pp. 126 et 127.

II. ENQUÊTE HOSPITALIÈRE A L'HOTEL-DIEU

Une enquête hospitalière conduite par le Professeur agrégé H. Péquignot, dans le Service du Professeur H. Bénard à l'Hôtel-Dieu[1], a donné lieu à une exploitation particulière orientée sur l'étude de la population nord-africaine.

Cette enquête porte sur la totalité des malades hospitalisés dans un service de médecine générale adultes de novembre 1954 à septembre 1955.

Les fiches d'enquête établies conjointement par une équipe médicale et une équipe d'Assistantes Sociales répondent à 26 questions :

Sexe
Année de naissance
Origine — Nationalité
Domicile
Situation de famille
parents
— Famille proche
— mariage
Habitat
— nombre de pièces
— surpeuplement
Situation financière
Présence féminine au foyer
Relations familiales
Impression de moralité
Éloignement du lieu de travail
Catégorie professionnelle
Statut de frais de séjour
Mode d'entrée
Date d'entrée
Date de sortie
Durée de séjour
Mesures sociales souhaitables à la sortie
Placement
Destinée à la sortie
Terrain
Diagnostic (simple ou multiple)
Cause de décès (s'il y a lieu)

Des cartes perforées ont été établies à partir des fiches d'enquête et exploitées mécanographiquement.

L'enquête porte sur 2.217 cas. Cette population comporte 155 Nord-Africains (Population 4) étudiés dans les mêmes conditions qu'une population métropolitaine (Population 5). Cette enquête permet donc : d'une part, d'étudier, de façon plus approfondie que l'enquête (1), un échantillon de malades nord-africains ; d'autre part, de mener une étude comparative entre les populations nord-africaines (1 et 4) et une population métropolitaine (5).

III. ENQUÊTE HOSPITALIÈRE A L'HOPITAL NECKER

Nous avons personnellement effectué une enquête dans le service du Docteur Jacquelin, à l'Hôpital Necker, où nous exerçons les fonctions d'Interne.

Ce service est un service de médecine générale adulte. Nous avons interrogé personnellement tous les malades musulmans d'origine nord-Africaine entrés dans le service de décembre 1955 à juin 1956. Le questionnaire comportait 39 questions, sans que cette liste n'ait jamais été limitative. Il était complété par le bilan médical et l'histoire clinique.

---

1. — **21** — Professeur Agrégé H. Péquignot, M. Magdelaine, J. Estève. *Une enquête hospitalière.*

Questions posées :

Nom, prénom
Sexe
Age
Lieu de naissance
Nationalité
Domicile en Afrique du Nord
Différents lieux de séjour en Afrique du Nord
Professions en Afrique du Nord
Professions des parents
Date d'arrivée en France
Aller et retour en Afrique du Nord
Dernier séjour en Afrique du Nord
Domiciles en France
Situation de famille
Mariage
Enfants
Famille en France
Personnes à charge
Logement
Alimentation
Instruction
Professions en France
Temps de travail horaires
Gain mensuel
Envois d'argent en Afrique du Nord
Service militaire.
Date d'entrée et de sortie
Temps de séjour
Destinée à la sortie
Statut de frais de séjour
Antécédents pathologiques
En Afrique du Nord
En France
Hospitalisations — Sanatorium
Interventions chirurgicales
Accidents du travail
Vaccinations
Éthylisme
Consommation de café, thé, toxiques
Antécédents familiaux

Bilan médical
Histoire clinique

Cette enquête porte sur 83 cas (Population 6).

IV. FICHIER DU BUREAU DE COORDINATION MÉDICO-SOCIALE DE L'OFFICE DE L'ALGÉRIE

Pour préciser nos données sur l'incidence de la morbidité tuberculeuse dans la population nord-africaine, nous avons effectué un dépouillement du fichier tenu par le Bureau de Coordination médico-sociale de l'Office d'Algérie.

Ce fichier contient une fiche nominative sur chaque Nord-Africain tuberculeux, signalé par les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums de France. Sur chaque fiche sont reportés : la date du dépistage, les séjours successifs en établissements de soins, avec la date d'entrée et de sortie, s'il y a lieu le rapatriement en Afrique du Nord ou le décès. Le fichier est tenu à jour depuis 1953.

L'enquête que nous y avons menée concerne, en principe, la totalité des malades nord-africains tuberculeux domiciliés dans la Seine et traités depuis 1953 dans les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums de France.

Elle répond à 4 questions :

— Établissements de soins : Sanatoriums
Préventoriums
Hôpital (de l'A. P. de la Seine ou de Province).
— Date d'entrée et de sortie.
— Durée du séjour.
— Statut de frais de séjour.

Elle porte sur 5.660 cas.

*

Les données fournies par ces quatre enquêtes ont été d'autre part comparées avec les données fournies par :

1° Le Recensement Démographique Général de mai 1954 de l'Institut National de la Statistique [1].

2° Les recensements trimestriels des travailleurs nord-africains effectués par les Services du Travail et de la Main-d'Œuvre [2].

3° Les relevés mensuels des entrées et sorties de travailleurs nord-africains, publiés par le Ministère du Travail [3];

4° Une enquête du Service de la Statistique Médicale de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale, portant sur la totalité des nouveaux cas de tuberculose apparus au cours des années 1953 et 1954 chez les assurés sociaux relevant de la Caisse Primaire Centrale de Paris.
Nous y avons discriminé la totalité des nouveaux cas de tuberculose apparus chez les Nord-Africains assurés sociaux.

5° Les études faites sur la Migration des travailleurs musulmans par le Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie [4];

6° L'Inspection Divisionnaire du Travail procède actuellement à partir des listes électorales établies en vue des élections des Conseils d'Administration des Caisses de Sécurité Sociale, à un recensement des travailleurs assurés sociaux de la Seine.

Les résultats de ce recensement ne devaient être connus qu'à la fin de l'année 1956. Ils devraient permettre, grâce à diverses données de ce travail, d'obtenir un chiffre beaucoup plus précis que ceux que nous possédons actuellement, de la population nord-africaine de la Seine.

Ce chiffre devra être substitué, tout au long de ce travail, aux approximations sur cette population, dont nous devons actuellement nous contenter.

La critique des diverses données fournies par ces dix enquêtes ou recensements, sera faite au fur et à mesure de leur utilisation.

---

1. — **15** — I. N. S. E. E. *Bulletin hebdomadaire*, n° 391 du 29-10-55 et n° 392 du 5-11-55. Les Français Musulmans originaires d'Algérie d'après le recensement de mai 1954.
2. — **20** — Ministère du Travail. *L'Emploi.*
3. — **20** — *Ibid.*
4. — **2** — Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie. *Étude sociologique de la migration des travailleurs musulmans d'Algérie en métropole.*

CHAPITRE PREMIER

COMPARAISON ENTRE L'ÉCHANTILLON DE MALADES NORD-AFRICAINS HOSPITALISÉS ET LA POPULATION NORD-AFRICAINE DE LA SEINE, DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Dans ce premier chapitre, nous essaierons tout d'abord d'examiner si l'échantillon de malades nord-africains hospitalisés est suffisamment représentatif de la population nord-africaine de la Seine. Nous apprécierons ainsi quelle valeur générale il nous sera permis d'accorder aux résultats obtenus dans les études faites dans les trois chapitres suivants. Nous rechercherons ensuite si des données démographiques supplémentaires peuvent nous être fournies par nos enquêtes hospitalières.

I. — ESTIMATION DE LA POPULATION NORD-AFRICAINE DE LA SEINE ET DE SON ÉVOLUTION DEPUIS 1947

Les études que nous développons dans ce travail nous conduisent fréquemment à nous référer au chiffre de la population totale d'origine nord-africaine dans la Seine. Par ailleurs, nous cherchons la corrélation existant entre l'évolution de la population nord-africaine de la Seine et l'évolution de la population hospitalisée.

Nous sommes donc conduit, d'une part : à rechercher une estimation de la population nord-africaine de la Seine et de son évolution de 1947 à 1956 ; d'autre part à étudier la précision de cette estimation.

Nous nous référerons à deux sources : les statistiques du Ministère du Travail, le Recensement Démographique général de l'I. N. S. E. E. [a]

---

[a] Nous n'avons pas utilisé :

— Les recensements du Ministère de l'Intérieur de 1949 et 1953, dont la source est le plus souvent le recensement des Services du Travail, et dont le chiffre concernant la Seine résulte d'estimations globales.

— Les renseignements fournis par les Caisses de compensation des Allocations Familiales. Elles sont aussi globales et peu précises.

1. — Recensements trimestriels des travailleurs nord-africains des Services du Travail et de la Main-d'Œuvre [1].

Ces recensements sont les seuls à donner une ventilation des chiffres par département et par conséquent à fournir un chiffre des travailleurs nord-africains de la Seine.

Ces chiffres correspondent à des travailleurs effectivement et individuellement recensés.

Ils ne concernent que des Nord-Africains pourvus d'un emploi.

Ils ne concernent que les travailleurs salariés (classés en 5 catégories : manœuvres, ouvriers spécialisés, ouvriers qualifiés, maîtrise, employés).

Ils ne concernent que les salariés travaillant dans des entreprises d'une certaine importance (entreprises employant plus de 5 salariés, selon les directives actuellement fixées aux Services de la Main-d'Œuvre, mais qui n'ont pas été constantes au cours des années étudiées).

Par conséquent :

Ces chiffres ne peuvent être considérées, tels quels, comme une estimation de la population nord-africaine de la Seine.

Même dans l'estimation de la population salariée au travail, ils ne peuvent être considérés que comme un strict minimum. (Nous verrons cependant que leur corrélation avec les chiffres du recensement de 1954 permet de leur accorder une bonne valeur.

Ces chiffres sont particulièrement sensibles à l'état du marché du travail. Tout sous emploi amènera une baisse de ces chiffres sans qu'il existe fatalement une baisse corrélative de la population.

Nous constatons une augmentation brutale du nombre des travailleurs recensés entre septembre et décembre 1955. L'hypothèse a été avancée d'un mouvement des travailleurs nord-africains de la Province vers la Seine. Mais pour l'ensemble de la France l'augmentation du nombre des travailleurs recensés est également très marquée durant l'année 55 (45.000 de plus). Cette augmentation est plus forte que le solde migratoire brut correspondant à l'année 1955. Il y a tout lieu de penser que cette augmentation correspond à un effort accru des Services de la Main-d'Œuvre pour serrer la réalité de près.

Le tableau I donne les chiffres des travailleurs nord-africains ainsi recensés dans la France entière et dans la Seine, ainsi que le pourcentage des travailleurs de la Seine par rapport à ceux de la France entière.

2. — Recensement démographique de l'Institut National de la Statistique, effectué en mai 1954 [2].

Nous disposons actuellement des résultats d'un sondage préliminaire au 1/20e effectué sur le recensement. Les données qu'il nous fournit sur la population nord-africaine en France ne sont que des chiffres globaux. Nous ne pouvons espérer dans un délai rapproché un dépouillement de la population de la Seine.

---

1. — **10** — INED en collaboration avec ESNA. *Les Algériens en France*, p. 66.
— **20** — Ministère du Travail. *L'Emploi.*
2. — **15** — I. N. S. E. E. *Bulletin Hebdomadaire.*

TABLEAU I — Travailleurs nord-africains recensés par le Service du Travail et de la Main-d'Œuvre

Travailleurs recensés	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Mars :									
France entière	—	94 180	90 514	102 112	137 244	137 630	138 737	155 978	187 668
Seine	—	20 185	20 846	22 718	31 137	38 883	41 066	47 390	62 041
% dans la Seine		21 %	23 %	22 %	22 %	27 %	22 %	23 %	32 %
Juin :									
—	84 620 *	99 244	93 123	113 326	155 196	140 351	150 222	168 546	
—	21 930 *	20 976	21 799	24 290	40 734	38 773	43 802	47 560	
—	25 % *	21 %	23 %	21 %	25 %	27 %	28 %	28 %	
Septembre :									
—	—	93 401	94 770	121 822	151 112	142 676	—	178 334	
—	—	20 629	22 113	24 804	41 151	38 637	45 234	48 661	
—	—	22 %	23 %	20 %	26 %	26 %	—	27 %	
Décembre :									
—	89 280	90 308	96 100	129 545	138 887	136 902	151 793	186 418	
—	22 564	21 183	22 379	27 060	39 943	39 628	46 280	61 726	
—	25 %	23 %	24 %	20 %	28 %	28 %	28 %	33 %	

* Juillet 1948.

Les chiffres totaux sont les suivants :

Hommes	(de 15 ans et plus)	187.080
Femmes	(de 15 ans et plus)	9.680
Enfants	(de moins de 15 ans)	11.780
	Total	208.540

L'analyse de ce sondage fournissant la répartition par activités et catégories socio-professionnelles, nous pouvons rapprocher ses résultats des chiffres fournis par les recensements du Ministère du Travail en mars et juin 1954.

	Ministère du Travail mars 1954	INSEE mai 1954	Ministère du Travail juin 1954
Travailleurs ayant un emploi	138.734	157.660	150.222
Manœuvres	97.099	97.120	108.049
Ouvriers spécialisés	33.889	30.720 [a]	34.167
Ouvriers qualifiés	7.488	11.720	7.715
Total de ces trois catégories	138.476	139.560	149.931

La corrélation entre ces données, obtenues par deux organismes indépendants et des méthodes d'enquête totalement différentes est remarquable, et conduit à leur accorder une bonne valeur.

Le chiffre de 157.660 travailleurs ayant un emploi est supérieur pour l'INSEE. En effet, le recensement a touché des catégories non comprises dans le recensement des Services de la Main-d'Œuvre (employés, service, commerce). Par ailleurs, la répartition en O.S. et ouvriers qualifiés est différente selon l'INSEE et les Services de la Main-d'Œuvre, quoique leur total reste constant. Ce fait est facilement explicable par les différences d'interprétation des classifications de professions.

Les chiffres du recensement de 54 concernent des personnes dont la présence a été effectivement constatée. Ils constituent donc un minimum. Les spécialistes de l'INSEE admettent que le chiffre sur la population nord-africaine est entaché de fortes causes d'erreur, et qu'un certain pourcentage de cette population a échappé au recensement. Ils estiment ce pourcentage de 20 à 30 %, ce qui conduirait à des chiffres de population de 250 à 270.000 en mai 1954. Les résultats de notre enquête nous conduisent à penser que l'on a tendance à grossir ce pourcentage de population insaisissable, plus qu'il n'est justifié.

Nous utiliserons les chiffres du recensement de 1954 comme base d'une estimation minimum de la population nord-africaine.

[a] Le chiffre de 30.720 correspond au total des O. S. (20.440) et des mineurs (10.280). En effet, dans les statistiques du Ministère du Travail, les mineurs sont dans la majorité des cas et sauf exceptions bien précisées, classés parmi les O. S.

3. — Chiffres mensuels d'entrée et de sortie des travailleurs algériens venus travailler en France [1].

Ces chiffres résultent de renseignements recueillis sur les aérodromes et dans les ports d'embarquement.

Ces chiffres ne concernent que les Musulmans qui déclarent aller travailler en France, et leur famille, à l'exclusion de toutes autres personnes : touristes, étudiants,... etc...

Il est difficile d'apprécier la précision de ces données, mais elles sont les seuls renseignements périodiques que nous possédons sur le mouvement migratoire des travailleurs algériens.

Elles ne concernent que les travailleurs algériens, à l'exclusion des Marocains, Tunisiens. Mais le chiffre de ces derniers est assez faible pour que son incidence soit négligeable, en première approximation.

Le plus gros risque serait celui d'un effet d'addition d'erreurs systématiques. En effet, le volume du mouvement entre l'Afrique du Nord et la France est considérable par rapport à la population présente en France. Par exemple, en 1954, alors que l'INSEE chiffre la population nord-africaine en France autour de 250.000, les venues en France ont atteint le chiffre de 215.000, et les sorties de France celui de 198.000. Au total, depuis 1947, il y a eu plus de 1.100.000 entrées en France et de 850.000 sorties. On conçoit qu'une erreur systématique de 10 % sur l'un de ces chiffres amène à une erreur de 100.000 sur l'estimation de la population présente actuellement en France par addition des exodes migratoires mensuels.

En fait, on peut admettre que les erreurs sur les entrées et les sorties se compensent et nous utiliserons ces chiffres avec toute la prudence qu'imposent les réserves faites.

Voici l'évolution du chiffre de la population nord-africaine en France calculé par addition des soldes migratoires bruts trimestriels. Le chiffre de population au 1er janvier 1947 (50.000) est le plus généralement adopté [2].

Années	mars	juin	septembre	décembre
1947	60.400*	74.200	89.600	94.900
1948	107.100	111.400	123.300	121.400
1949	137.200	130.400	127.900	127.500
1950	134.200	134.500	141.400	159.600
1951	177.000	190.900	213.700	213.100
1952	238.500	240.800	247.200	229.700
1953	252.400	254.200	252.000	241.300
1954	270.300**	276.700	286.300	263.300
1955	298.200	303.800	311.100	295.700
1956	297.600			

* Les chiffres ont été arrondis, toute précision supérieure étant sans signification.
** Le chiffre de mai 1954 (mois du recensement INSEE) fourni par les soldes cumulés mensuels est de 273.600.

1. — **20** — Ministère du Travail. *L'Emploi.*
— **10** — INED en collaboration avec ESNA. *Les Algériens en France.*
2. — **10** — INED en collaboration avec ESNA. Tableau I, p. 52, donne les chiffres détaillés des entrées, sorties et soldes mensuels jusqu'en septembre 1954.
— Cf. Tableau II pour les chiffres détaillés depuis octobre 1954 jusqu'à avril 1956.

TABLEAU II — Mouvement migratoire entre l'Algérie et la France et soldes cumulés depuis Septembre 1954

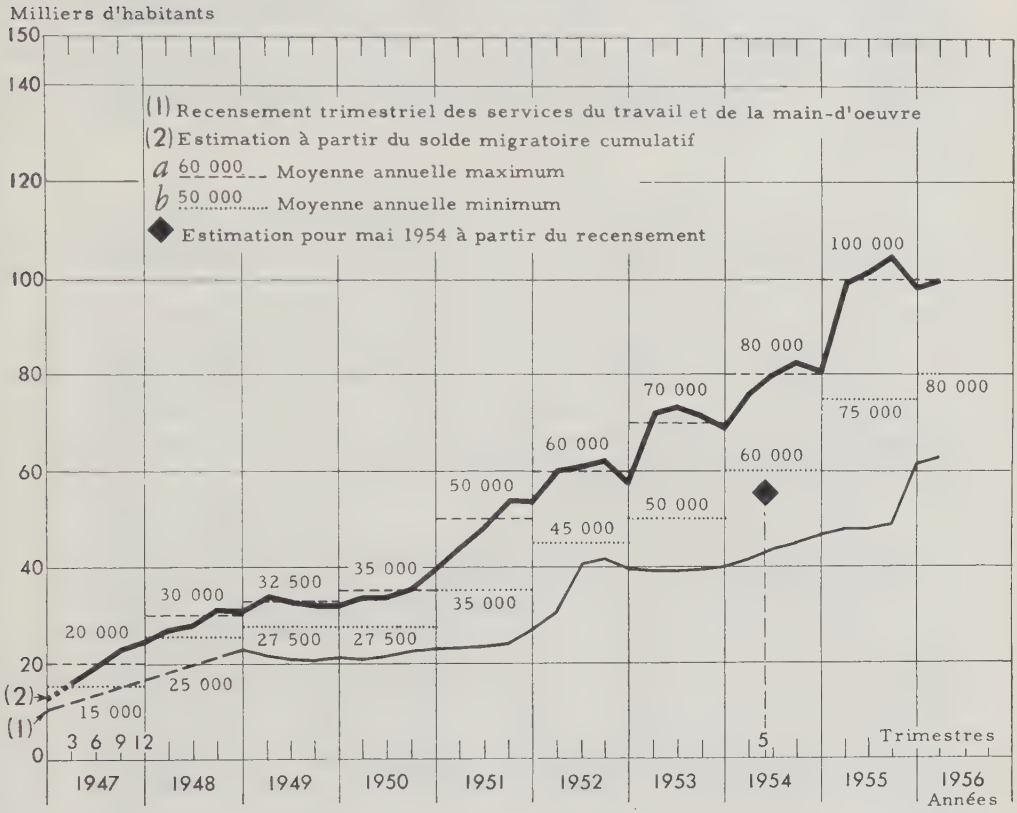
	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total
1954													
Entrées				164.934					21.000*	15.000*	8165	6678	215.777
Sorties	Total des 8 premiers mois			136.187					13.500	17.000	19.311	12.535	198.533
Solde				+28.747					+7.500	-2000	-11.146	-5857	+17.244
Soldes cumulées										284.300	273154	267.297	
1955													
Entrées	9890	19.817	22.818	19.409	5.582	13.083	13701	29830	23499	18.415	11.245	14.537	201.826
Sorties	9081	6113	6363	12 025	9151	11 354	27081	15545	17059	24.781	18555	16.263	173.371
Solde	+809	+13.704	+16.455	+ 7.384	-3.569	+1729	-13.380	+14.285	+6.440	-6.366	-7.310	-1.726	+28 455
Soldes cumulées	268.106	281.810	298.265	305.649	302.080	303.809	290.429	304.714	311.154	304.788	297.478	295.752	
1956													
Entrées	11.855	10.917	13.992	7.435									44.199
Sorties	10.580	9.698	14.585	758**						Totaux des 4 premiers mois			35.621
Solde	+1.275	+1.219	- 593	+6677									+8.578
Soldes cumulées	297.027	298.246	297.653	304.330									

* Ce chiffre extrapolé à partir du mouvement des Travailleurs M.A. par voie maritime à Marseille

** Mise en vigueur des autorisations de voyage entre l'Algérie et la France

Nous avons rassemblé sur le graphique I les données fournies par ces trois sources, rapportées à la population de la Seine seule.

Graphique I — Évolution de la population nord-africaine de la Seine



La courbe inférieure est établie à partir des chiffres des travailleurs nord-africains recensés dans la Seine par les Services de la Main-d'Œuvre [a]. Elle nous donne l'estimation la plus sûre, quoique fortement minimisée, de l'évolution de cette population.

La courbe supérieure est établie à partir des chiffres de population calculée par soldes migratoires cumulatifs. Pour obtenir une estimation de la population dans la Seine, nous nous sommes fondés sur les rapports observés entre cette population et la population nord-africaine de la France entière, au cours des recensements des Services de la Main-d'Œuvre [b]. Nous avons choisi des pourcentages légèrement majorés pour obtenir une estimation nettement maximum : 25 % (1/4) de la population dans la France entière, de 1947 à 1952, 28,8 % (1/3,5) pour 1953 et 1954, 33 % (1/3) pour 1935 et 1956.

---

[a] Cf. Tableau I.
[b] *Ibid.*

Le chiffre estimé pour la Seine seule, à partir du recensement de l'INSEE, a été placé au niveau du mois de mai 1954. Nous avons également pris ici les 28,8 % (1/3,5) de la population totale pour la France soit : 56.710.

Pour les raisons exposées plus haut [a] nous nous servirons du repère donné par le recensement pour fixer l'estimation minimum de la population nord-africaine. Par ailleurs, ainsi que nous l'avons indiqué, diverses données fournies par ce travail tendant à le démontrer, nous ne pensons pas que les chiffres du recensement soient extrêmement éloignés de la réalité. L'estimation de 270.000 Nord-Africains présents en France en mai 1954 semble constituer un maximum. Ce chiffre correspond à celui fourni par les soldes migratoires cumulatifs. Nous nous servirons donc de la courbe des soldes migratoires cumulatifs pour fixer notre estimation maximum de la population.

En fonction de ces données, nous avons fixé pour chaque année considérée deux estimations : l'une (a) maximum, l'autre (b) minimum de la population moyenne annuelle nord-africaine de la Seine [b]. L'incertitude pesant sur ces données se chiffre entre 25 et 30 %.

L'inquiétude que nous pouvons avoir à tirer des conclusions basées sur des données aussi imprécises et les scrupules que justifieraient les estimations un peu hasardeuses que nous venons de faire, sont tempérés par la certitude de disposer prochainement d'un chiffre nettement plus rigoureux de la population nord-africaine de la Seine.

En effet, lorsque seront connus les résultats du recensement des travailleurs nord-africains assurés sociaux de la Seine auquel procède actuellement l'Inspection Divisionnaire du Travail [c], une estimation infiniment plus précise sera possible. Notre enquête (I) nous montre, en effet [d], que les Nord-Africains assurés sociaux pourvus d'un emploi représentent 84,5 % de la population nord-africaine masculine de plus de 15 ans de la Seine. Les assurés sociaux sans travail 5,5 %, les non assurés sociaux 10 %. L'estimation de la population de femmes et d'enfants de moins de 15 ans est difficile ; néanmoins la faible importance de ces quatre dernières tranches de population nous permettra de calculer le chiffre de la population nord-africaine avec, nous l'espérons, une bonne approximation.

*

Pour apprécier la valeur représentative des échantillons de population fournis par nos diverses enquêtes, nous étudierons les corrélations existant entre ces échantillons et la population totale de la Seine.

*

[a] Cf. *supra* p. 24.
[b] Cf. Graphique I.
[c] Cf. Introduction p. 20.
[d] Cf. Chapitre II, pp. 102 et suivantes.

II. — COMPARAISON DU RYTHME D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION NORD-AFRICAINE DE LA SEINE ET DU RYTHME D'ACCROISSEMENT DES ENTRÉES DE MALADES NORD-AFRICAINS DANS LES HOPITAUX DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Notre enquête dans 29 hôpitaux du département de la Seine nous donne les chiffres des Nord-Africains hospitalisés au cours de 12 semaines témoins réparties sur 1938, 1947, 1949, 1951, 1953, 1954, 1955, 1956. Nous comparerons ces chiffres aux données que nous venons de rassembler sur la population nord-africaine de la Seine.

Le tableau III donne les chiffres des malades nord-africains hospitalisés.

Ces chiffres ne concernent que les adultes de plus de 15 ans. Les chiffres recueillis dans 5 hôpitaux d'enfants ne sont donc pas utilisés ici. La population infantile est, en effet, nettement moins bien définie du point de vue démographique. Elle est en majorité née en France, et dans une grande proportion issue de mariages mixtes. Il nous paraît donc justifié de l'étudier à part.

La ligne (1) donne à titre indicatif le total des malades hospitalisés dans notre enquête (I) (enquête dans 14 hôpitaux de l'AP sur tous les malades nés en AN) : Musulmans, Européens et Israélites et pour lesquelles une fiche individuelle a été établie.

Les lignes (2) et (3) donnent les nombres de Musulmans, hommes et femmes, contenus dans l'échantillon précédent.

La ligne (4) donne le nombre des malades originaires d'AN hospitalisés dans 3 hôpitaux de l'AP de moindre importance, situés dans Paris. Ces malades ont été seulement recensés sans que l'on possède sur eux aucun renseignement. Ils ont été choisis en fonction de leur lieu de naissance. Ils comportent donc aussi bien des Européens et Israélites que des Musulmans. Nous avons donc corrigé ces chiffres pour avoir une estimation des Musulmans contenus dans cet échantillon.

La ligne (5) indique le coefficient de correction utilisé dans ce but. C'est le rapport, fourni par l'enquête (I), de la population musulmane à la population totale hospitalisée, soit lignes $\frac{(2) + (3)}{(4)}$. Il est calculé pour chaque année. Les chiffres auxquels nous l'appliquons étant peu importants, une erreur sur ce coefficient n'aurait qu'une incidence minime.

La ligne (6) donne le chiffre des femmes musulmanes, nées en Afrique du Nord, hospitalisées dans 5 maternités de l'AP, à l'exclusion des femmes métropolitaines mariées à des Musulmans.

La ligne (8) donne le chiffre des Nord-Africains hospitalisés dans 3 hôpitaux de banlieue. A la maison départementale de Nanterre, les malades ont été relevés d'après leurs nom et prénoms. Ils sont donc tous Musulmans. Dans les hôpitaux de Créteil et Saint-Denis, ils ont été relevés d'après leur lieu de naissance. Nous n'avons cependant pas appliqué de coefficient de correction. En effet, l'étude des zones d'attraction

TABLEAU III — Malades nord-africains hospitalisés

		3/1938	3/1947	3/1949	3/1951	3/1953	3/1954	1955 1	1955 3	1955 7	1955 10	1956 1	1956 3	
14 hopitaux de l'A.P total des malades d'origine nord africaine (musulmans, européens, israélites) (♂ et ♀)		(58)*	(128)	(143)	(182)	(278)	(302)	(433)	(372)	(347)	(395)	(466)	(426)	(1)
Musulmans	Hommes	26	90	103	132	218	219	337	309	233	304	347	317	(2)
	Femmes	1	4	4	4	16	22	22	20	20	18	27	28	(3)
3 hopitaux de l'A.P. (M.E.I)**		(6)	(9)	(7)	(22)	(24)	(28)	(25)	(25)	(36)	(25)	(45)	(49)	(4)
Coefficient de correction R***		(0,5)	(0,7)	(0,6)	(0,7)	(0,8)	(0,8)	(0,8)				(0,8)		(5)
Musulmans		3	6	4	15	19	22	20	20	29	20	36	39	(6)
5 maternités de l'A.P femmes musulmanes		-	-	-	-	-	3	1	7	2	1	4	1	(7)
3 hopitaux de banlieue ****		9	15	16	17	20	41	42	43	40	66	56	41	(8)
Hopital Franco Musulman ****		64	40	46	32	48	48	44	49	37	50	46	47	(9)
Total des Musulmans, hommes et femmes de plus de 15 ans hospitalisés dans 27 hopitaux		103	155	173	200	321	355	466	448	361	459	516	473	(10)

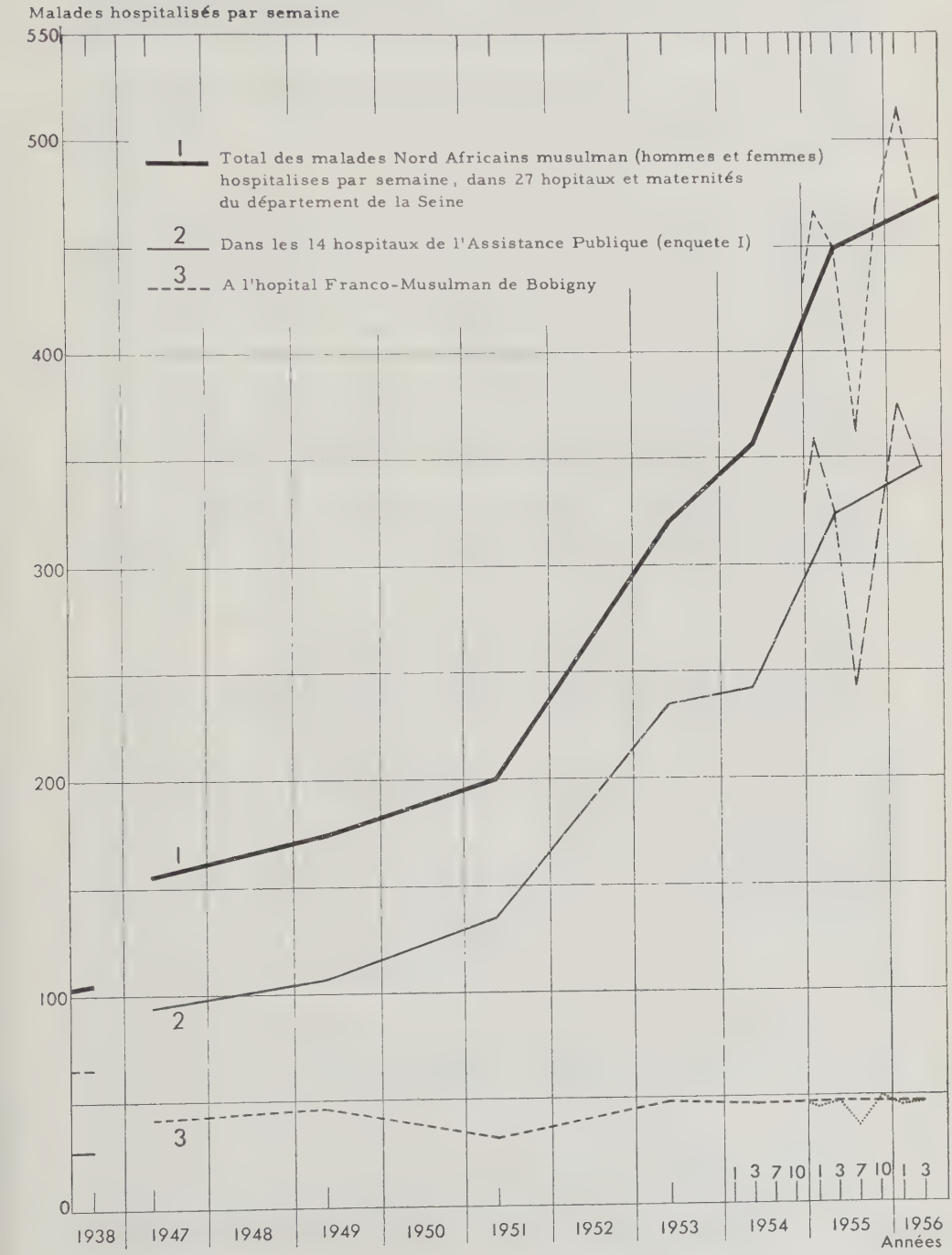
* Les chiffres entre parenthèses sont donnés à titre indicatif et ne sont pas totalisés

** M.E.I. Musulmans, Européens, Israélites

*** Voir texte pour définition de R

**** Il n'a pas été appliqué de correction à ces chiffres, voir texte.

Graphique II — Hospitalisés nord-africains



des hôpitaux de Créteil et Saint-Denis, d'une part [a], l'étude de la densité de la population d'origine nord-africaine, européenne et israélite, dans les différents arrondissements de Paris et communes de la Seine, d'autre part [b], montrent que le pourcentage de cette population dans les hospitalisés de ces deux établissements doit être négligeable.

La ligne (9) donne les chiffres des Nord-Africains hospitalisés à l'Hôpital franco-musulman de Bobigny. Nous les indiquons à part, le cas de cet hôpital étant particulier. Les renseignements que nous avons recueillis sur place nous permettaient d'estimer que le pourcentage des Nord-Africains non musulmans y était également négligeable et rendait inutile toute correction.

La ligne (10) indique le nombre de malades musulmans d'origine nord-africaine hospitalisés au cours des semaines témoins, semaines du 3 au 9 de chacun des mois indiqués. Il s'agit des hommes et femmes de plus de 15 ans. Ces chiffres totalisent les hospitalisés de 26 hôpitaux d'adultes du département de la Seine et représentent environ 95 à 97 % du total absolu des hospitalisés du département [c].

La graphique II illustre ces données. A côté de la courbe 1 représentant le total des hospitalisés, nous avons porté la courbe 2 représentant les hospitalisés explorés par notre enquête (I). Leur évolution est bien représentative de l'évolution du chiffre total.

La courbe 3 représente l'évolution du chiffre des hospitalisés à l'Hôpital Franco-Musulman de Bobigny. On voit que cet hôpital, travaillant à un rythme constant, assurait en 1938 62 % des besoins d'hospitalisation des Musulmans nord-africains, mais n'en assure plus, en 1956, que 10 %.

Nous comparerons maintenant cette courbe avec les courbes d'accroissement de la population totale nord-africaine de la Seine.

A partir de nos chiffres d'hospitalisation hebdomadaires, nous pouvons faire une estimation des hospitalisations annuelles [d].

	38	47	49	51	53	54	55	56
Total hebdomadaire (1re sem. de mars)	103	155	173	200	321	355	448	473
Total annuel (× 52)	5.356	8.060	8.996	10.400	16.692	18.460	23.296	24.596

En fonction des estimations que nous avons faites de la population nord-africaine de la Seine, au cours de ces différentes années, nous chercherons à estimer le taux de fréquentation hospitalière de cette population.

a Voir *infra*, Chapitre III, pp. 131 et suiv.
b Voir *infra*, Chapitre I, p. 85.
c Cf. *infra*, Chapitre III, p. 126.
d Pour justification de cette extrapolation, voir *infra*, Chapitre III, p. 124. Nous y montrons que le chiffre obtenu par interpolation à partir de 4 semaines de 1955 ne diffère du chiffre obtenu par extrapolation à partir de la semaine de mars que de 2,8 %.

Nous entendrons par taux de fréquentation hospitalière le nombre d'habitants ayant été hospitalisés au cours d'une année, sur 1.000 habitants.

	38	47	49	51	53	54	55	56
Population NA de la Seine [a]								
Estimation forte a)	—	20.000	32.500	50.000	70.000	80.000	100.000	100.000
Estimation faible b)	—	15.000	27.500	35.000	50.000	60.000	75.000	80.000
Taux de fréquentation hospitalière °/oo [b]								
Selon 1)	—	401	276	208	238	230	229	246
Selon b)	—	537	325	297	333	307	305	307

Ce taux est assez remarquablement constant depuis 1951. Ce seul fait prouve une bonne corrélation de l'évolution de la population hospitalière par rapport à la population totale [c].

Il n'y a pas en effet de raison de penser, à priori, que ce taux varie selon les années. Nous pourrions donc être surpris du taux considérablement plus fort relevé en 1947. En fait, cette anomalie doit provenir davantage de la mauvaise estimation de la population à cette époque, que de l'existence réelle d'un taux de fréquentation hospitalière très différent au cours de cette année.

En effet, les bases relativement précises d'estimation de la population nord-africaine en France ne sont données que depuis janvier 1947 (relevé des entrées et sorties de travailleurs NA) ou juin 1948 (recensements du Service du Travail de la Main-d'Œuvre). Le chiffre des NA présents au 1er janvier 1947 n'est donné que par des estimations globales très approximatives. Ainsi que nous l'avons indiqué [d], nous avons adopté le chiffre le plus généralement choisi de 50.000 NA pour la France entière. Nous avions estimé la population NA de la Seine en fonction du pourcentage, fourni par le recensement du STMO, de la population de la Seine par rapport à la population totale en France (juin 1948) [e]. Ce pourcentage était de 25 %, ce qui nous donnait comme chiffre de la population NA dans la Seine au 1er janvier 1947 : 12.500. Ce chiffre semble s'avérer inexact et nous serons amené à tenter de le corriger.

Remarquons cependant qu'une grosse immigration nord-africaine s'est produite au cours de l'année 1947. Il se peut qu'elle ait eu à souffrir de l'état difficile qui régnait encore dans le pays, si peu de temps après la fin de la guerre. Par ailleurs, l'hiver 1946-1947 a été très froid. Il est donc possible que le taux réel de fréquentation hospitalière ait été très fort durant cette année.

---

[a] Cf. *supra* p. 27, Graphique I.

[b] Nous savons que nos chiffres d'hospitalisation ne représentent que 95 à 97 % du total absolu. Nous n'avons cependant pas appliqué de coefficient de pondération. Car cette incertitude est très inférieure à celle pesant sur les chiffres de la population totale.

[c] Ce taux de fréquentation hospitalière est très élevé. Il est pour la population métropolitaine de la Seine de 35,35 à 104,30 °/oo selon les arrondissements et communes, de 63,72 °/oo en moyenne pour Paris [1]. Nous en discuterons le sens et la portée médico-sociale au chapitre III p. 36.

1. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie, *op. cit.*
— **12** — A. Gardie, *op. cit.*

[d] Cf. *supra*, p. 25.

[e] Cf. *supra*, Tableau I.

Il nous paraît cependant raisonnable d'admettre l'hypothèse d'un taux de fréquentation hospitalière constant. Le procédé le plus simple pour comparer les courbes d'hospitalisation et les courbes de population est donc de faire une estimation de la population en fonction du nombre des hospitalisés et en supposant le taux de fréquentation hospitalière constant.

Voici ces estimations, calculées à partir du nombre annuel d'hospitalisations et de deux hypothèses, forte et faible du taux de fréquentation hospitalière (230 °/oo et 300 °/oo).

		38	47	49	51	53	54	55	56
Population nord-africaine de la Seine calculée d'après l'hypothèse d'un taux constant de fréquentation hospitalière	de : 230°/00	28.800	35.000	39.100	45.200	72.500	80.200	99.500	106.900
	de : 300 °/00	17.800	26.800	29.900	34.600	55.600	61.500	76.300	81.900
Estimation de la population NA de la Seine adoptée *	forte a)	—	20.000	32.500	50.000	70.000	80.000	100.000	100.000
	faible b)	—	15.000	27.500	35.000	50.000	60.000	75.000	80.000

La corrélation est excellente, sauf pour l'année 1947.

Le graphique III rassemble les deux courbes tracées à partir des estimations de la population calculées d'après le nombre d'hospitalisés (1 et 2), la courbe des travailleurs recensés dans la Seine par le STMO (3) et la courbe des soldes migratoires bruts cumulatifs (estimation pour la Seine seule [a] (4). Le repère (5) indique le chiffre tiré du recensement de l'INSEE de mai 1954.

Nous avons dit que nous ne considérions ici que la population de plus de 15 ans. Sur 208.540 Nord-Africains recensés en mai 1954 on trouve 196.760 personnes de plus de 15 ans dans la France entière. Notre estimation de la population de la Seine à 28,8 % du total pour 1954 nous donne le chiffre de 56.200.

Ce graphique illustre la bonne corrélation de nos données sur la population nord-africaine de la Seine, tirées de la population hospitalisée, avec les données tirées de ces trois sources.

Le parallélisme de nos courbes 1 et 2 et des courbes 3 et 4 est correct à partir de 1951. Notre courbe 2 est très proche de l'indication donnée pour 1954 par le recensement de l'INSEE.

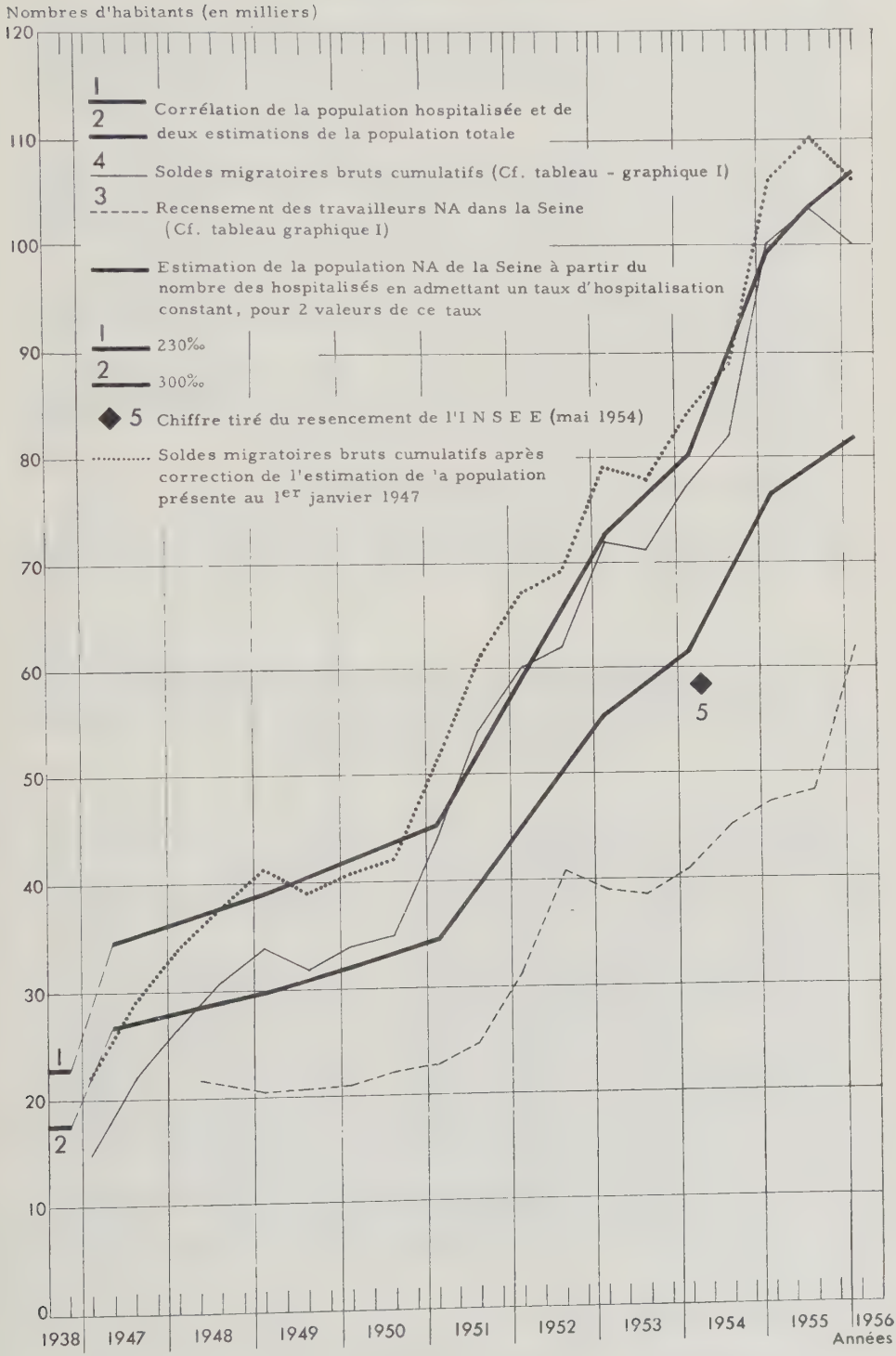
Avant 1951 nos courbes gardent un bon parallélisme avec la courbe 3 établie sur les données du recensement du STMO dans la Seine. Ces données sont, ainsi que nous l'avons noté [b], les plus sûres, quoique minimisées, sur la population NA

---

* Cf. *supra*, Graphique I.

[a] Cf. *supra* p. 25.

[b] Cf. *supra* p. 22.



Graphique III — Évolution des hospitalisés et de la population

de la Seine. Au contraire nos courbes s'écartent fortement de la courbe établie à partir des soldes migratoires bruts cumulatifs. Nous avons signalé que le point de départ de cette courbe est fixé en fonction de l'estimation à 50.000 de la population NA en France au 1er janvier 1947, d'où était déduite une estimation de 12.500 NA présents dans la Seine à la même date. Cette estimation nous a semblé inexacte, nous essaierons de la corriger.

L'estimation de la population à partir de la population hospitalière nous conduit au chiffre de 27.000 à 32.000 en mars 1947, en fonction de l'hypothèse d'un taux de fréquentation hospitalière constant. En déduisant le solde migratoire de janvier, février et de la moitié de mars 1947, égal à 7.500 pour la France et que nous estimerons à 2.000 vers la Seine, nous arriverions au chiffre de 25 à 30.000 au 1er janvier.

Il nous paraît raisonnable d'estimer cette population autour de 20.000, de 17.500 à 22.500. Ceci nous donnerait pour l'année 1947, compte tenu des soldes migratoires mensuels cumulés pour l'année (44.980 pour la France, d'où 12.500 pour la Seine) une population moyenne de 24.000 à 29.000.

Sur notre graphique III nous avons reporté (courbe 6) la courbe des soldes migratoires bruts cumulatifs en fonction de cette nouvelle origine : estimation de 20.000 NA présents au 1er janvier 1947, donc 22.000 en mars 1947. Notre courbe 1 se rapproche davantage de cette nouvelle estimation.

Voici quelles seraient les estimations corrigées :

	1947	1949	1951	1953	1954	1955	1956
Estimation forte a'	30.000	42.500	60.000	80.000	85.000	110.000	110.000
Estimation faible b'	25.000	30.000	40.000	55.000	60.000	75.000	85.000

III. — COMPARAISON DES COURBES D'AGE DES NORD-AFRICAINS HOSPITALISÉS ET DE LA POPULATION NORD-AFRICAINE TOTALE

Nous utilisons l'échantillon de population nord-africaine hospitalisée, le plus important que nous possédions, fourni par notre enquête (I) dans 14 hôpitaux de l'Assistance Publique. Il contient 2.634 hommes et 185 femmes.

Nous le comparons à l'échantillon donné par le sondage préliminaire au 1/20, effectué par l'INSEE d'après le recensement de 1954 et portant sur la population nord-africaine de la France entière [1].

Il n'y a pas, à priori, de raison de supposer que la répartition par âge de la population de la Seine soit différente de celle de la population de la France entière.

Le chiffre de l'âge est calculé d'après la date de naissance, portée sur le registre d'hôpital, et l'année d'hospitalisation. Ces dates de naissance sont relevées à l'entrée sur la carte d'identité. La validité de cette donnée d'État Civil peut parfois être discutée. Dans l'ensemble, nous avons affaire à une population jeune, née à une époque où le fonctionnement de l'État Civil en Afrique du Nord est normal. Des doutes peuvent, par contre, être permis sur la précision des âges de la population âgée. En tout cas, ces incertitudes ne peuvent présenter aucun inconvénient pour la comparaison que nous faisons ici, les sources du recensement étant identiques.

Nous avons divisé notre échantillon en tranches d'âges identiques à celles choisies par l'INSEE pour présenter les résultats de son sondage au 1/20e.

La comparaison ne porte que sur la population de plus de 15 ans ; les enfants seront étudiés à part.

---

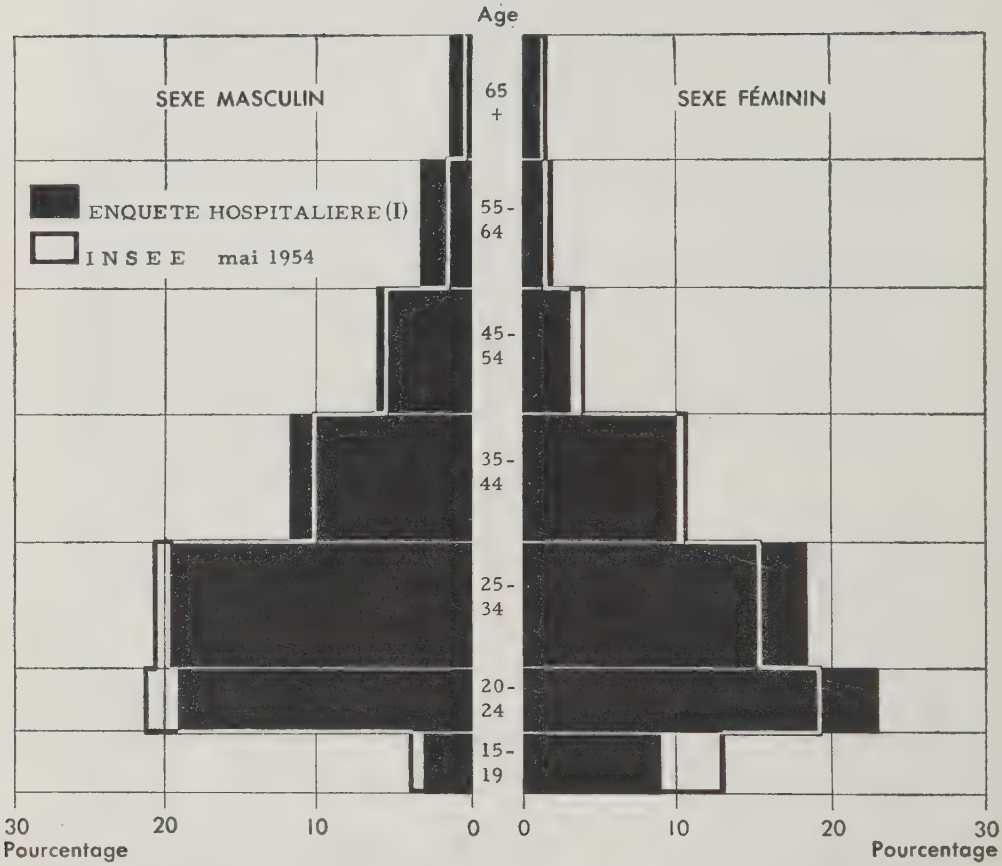
1. — **15** — INSEE, *op. cit.*

TABLEAU IV

Comparaison de la répartition par tranche d'âge de la population hospitalisée et de la population recensée en 1954

	Hommes > 15 ans		% de la population masculine > 15 ans		Femmes > 15 ans		% de la population feminine > 15 ans	
	I.N.S.E.E	Enquête (I)	I.N.S.E.E	Enquête (I)	I.N.S.E.E	Enquête (I)	I.N.S.E.E	Enquête (I)
15 à 19 ans	6.380	70	3,4	2,7	1260	17	13,1	9,3
20 à 24	39.540	485	21,1	18,4	1.880	42	19,4	22,7
25 à 34	76.180	984	40,7	37,4	2.960	68	30,5	36,7
35 à 44	38.280	605	20,5	22,9	2.100	37	21,7	19,9
45 à 54	19.580	310	10,5	11,7	840	10	8,7	5,5
55 à 64	6.060	152	3,2	5,8	320	7	3,3	3,7
65 et plus	1.080	30	0,6	1,1	320	4	3,3	2,2
Total	187.100	2.634	100,0	100,0	9.680	185	100,0	100,0

Graphique IV — Pyramide des âges



(ECHANTILLON DE 2 634 HOMMES) (ECHANTILLON DE 185 FEMMES)

Le tableau IV présente le rapprochement des données de l'INSEE et de celles fournies par notre enquête (I) hospitalière. Nous donnons d'une part la population dans chaque tranche d'âge, d'autre part les pourcentages de population contenus dans chaque tranche d'âge par rapport à la population totale (Le graphique IV illustre ces résultats).

La corrélation constatée est satisfaisante, et la population hospitalisée nous donne, du point de vue de l'âge, une bonne représentation de la population totale.

On pourrait s'étonner de cette corrélation entre une population de malades et une population d'individus sains. En fait il s'agit dans l'ensemble d'une population jeune chez laquelle l'incidence de la sénescence sur la morbidité est peu sensible. On peut la noter cependant dans la population masculine. Les pourcentages par tranches d'âges sont constamment supérieurs, quoique faiblement, à ceux de la population générale, au-dessus de 35 ans. Constamment inférieurs, au contraire, au-dessous de 35 ans. Chez les femmes, par contre, ce sont les tranches jeunes qui sont constamment supérieures chez les hospitalisées. Mais il suffit d'indiquer que 48 % des hospitalisations chez les femmes sont motivées par une grossesse ou un accouchement pour expliquer ce phénomène.

IV. — RÉPARTITION PAR CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES COMPARAISON ENTRE LES NORD-AFRICAINS HOSPITALISÉS ET LA POPULATION TOTALE

Nous utilisons l'échantillon de population masculine de notre enquête (I). En effet, les chiffres du recensement de 1954, aussi bien que ceux de notre enquête, montrent que l'incidence de la population féminine active est négligeable.

Nous le comparons :

D'une part aux données du sondage au 1/20e de l'INSEE, effectué d'après le recensement de 1954. Seul en effet ce sondage nous fournit des indications sur la population de commerçants, chômeurs et personnes non actives. Il explore mieux que les recensements du Ministère du Travail les employés et le personnel de service. Par contre, ce sondage nous donne sur la qualification de la population ouvrière des données que nous ne pouvons utiliser. Ces données concernent, en effet, la France entière. Or les statistiques du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre nous montrent que la proportion respective des O. S. (ouvriers spécialisés) et des manœuvres est différente, selon que l'on considère la Seine ou la France entière, et ceci de façon constante.

Par conséquent nous utiliserons d'autre part comme échantillon de comparaison la population fournie par les recensements du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre concernant la Seine seule. Ces chiffres n'intéressent que la population salariée, classée en manœuvres, OS, P. (ouvriers qualifiés), employés et maîtrise.

Parmi les données fournies par notre enquête (1) celle concernant la catégorie socio-professionnelle est sans doute l'une des plus critiquables [a].

Nous avons adopté la même classification et le même code des catégories socio-professionnelles que l'INSEE.

Le tableau V et les graphiques V, VI et VII présentent la comparaison de ces différentes données.

Les colonnes (3) et (4) du tableau donnent les chiffres bruts de l'enquête (I) et du sondage de l'INSEE (pour la France entière). Les colonnes (1) et (2) et le graphique VI permettent de comparer les pourcentages dans les diverses catégories professionnelles. Nous avons indiqué que cette comparaison ne pouvait être faite valablement pour les salariés de l'industrie (manœuvres, OS, P), nous n'étudierons sur ces données que la corrélation entre les autres catégories, sur lesquelles le sondage de l'INSEE est seul à nous donner des indications. La corrélation des catégories, cadres et maîtrise, employés, autres (diverses) et sans emploi (chômeurs) est correcte. Elle est moins bonne pour la catégorie commerce. Nous nous attendions à ce résultat, cette catégorie devant être celle qui se fait le moins fréquemment hospitaliser. Néanmoins, nous constatons un manque de corrélation inverse dans la catégorie service. Le total des pourcentages de ces deux catégories est identique dans les 2 échantillons. Nous pouvons donc penser que seule une discordance dans la codification est responsable de ces différences. Il est souvent difficile en effet de déterminer si un travailleur est à son compte ou salarié, et de le classer correctement dans la catégorie service ou commerçant-artisan (par exemple : coiffeur, chauffeur de taxi..., etc...) Une autre discordance existe entre les pourcentages constatés dans la catégorie des sans profession. Nous ne pouvons que le constater.

La colonne (5) et le graphique VII, montrent à titre indicatif la bonne corrélation existant entre les chiffres de l'INSEE et du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre à la même période (1954).

Les colonnes (6), (7) et (8) présentent des données fournies par le STMO [b],

---

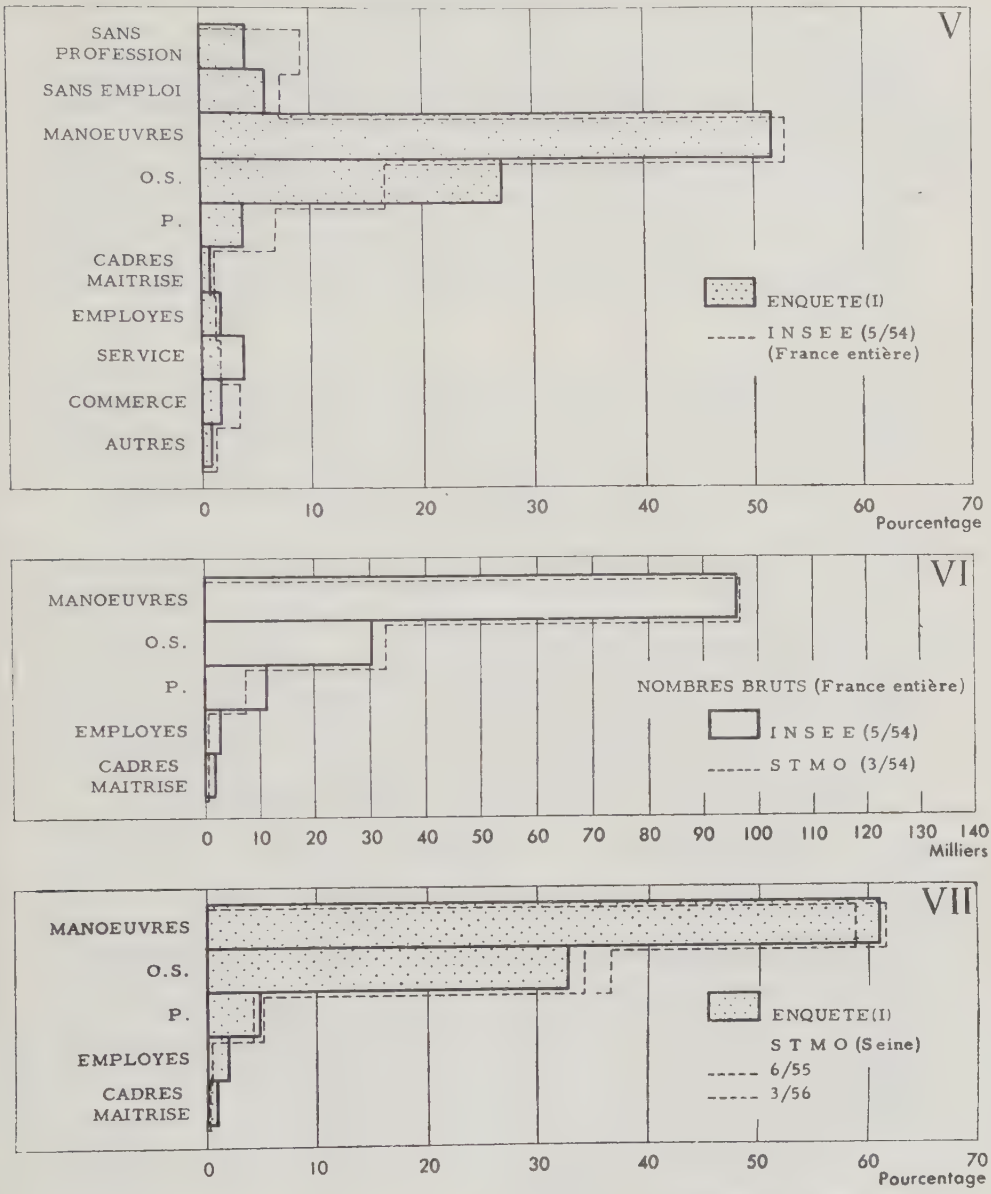
[a] Cf. *infra* Chapitre II p. 101.
[b] STMO : Service du Travail et de la Main-d'Œuvre.

TABLEAU V — Comparaison des répartitions par catégories socio-professionnelles

	% du total		Nombre		Nombre S.T.M.O**		% du total STMO		Nombre S.T.M.O Seine seule		% du total STMO		Enquête I	Nombre (I) 5 Catégories
	INSEE	(I)	(I)	INSEE	3/54	12/55	3/54	12/55	de 6/55	à 3/56	de 6/55	à 3/56	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	— 9 —		— 10 —		11	12
Commerce	3,5	1,4	35	6480										
Profession libérale Cadres et Maitrise	0,5	0,3	7	900	117	145	0,1	0,1	18	à 32	-	-	0,3	6
Employés	1,3	1,5	36	2380	66	262	/	0,2	110	- 130	0,2	- 0,2	1,8	36
Ouvriers qualifiés	6,4	3,7	92	11.720	6998	7862	5,1	4,2	2081	- 2532	4,4	- 4,1	4,4	92
Ouvriers spécialisés	16,7	27,8	683	30.720*	33.076	47.963	24,0	25,7	17.569	- 21.385	36,9	- 34,5	32,6	683
Manoeuvres	52,8	51,8	1276	97.120	97 373	130176	70,8	69,8	27782	- 37.962	58,5	- 61,2	60,9	1276
Service	1,4	3,8	93	2.640										
Autres	0,6	0,3	6	1120										
Chomeurs	7,4	5,5	135	13540										
Sans profession	9,4	3,9	96	17260										
Total :	100,0	100,0	2459	183.880	137.630	186.408	100,0	100,0	47560	- 62041	100,0	100,0	100,0	2093

* Total des O.S. et mineurs Cf p. note*

** S.T.M.O : Service du Travail et de la Main d'oeuvre



Graphiques V, VI et VII — Catégories Socio-professionnelles

et montrent que malgré l'augmentation du chiffre absolu de travailleurs nord-africains en France, les propositions des différentes catégories socio-professionnelles restent stables à 20 mois d'intervalle.

Les colonnes (9) et (12) donnent les chiffres bruts d'une part des recensements trimestriels du STMO en 6/55 et 3/56 pour la Seine, d'autre part de l'enquête (I).

Les colonnes (10) et (11) et le graphique VIII comparent les pourcentages constatés dans chaque catégorie de salariés de l'industrie, par ces 2 recensements du STMO d'une part et notre enquête (I) d'autre part. La corrélation est excellente, sauf pour

les employés qui sont plus nombreux relativement dans notre enquête. Mais nous savons que les recensements du STMO n'intéressent que les entreprises d'une certaine importance et ne touchent pas les employés de petites entreprises. Par ailleurs, nous avons constaté une bonne corrélation du pourcentage des employés dans notre enquête (I) avec le pourcentage fourni par le sondage de l'INSEE.

Cette étude nous permet de constater que notre échantillon de malades nord-africains se répartit professionnellement selon des proportions assez proches de celles indiquées par les recensements de l'INSEE et du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre, compte tenu de la différence de qualification entre la population ouvrière nord-africaine de la Seine et de la Province.

V. — DOMICILE. COMPARAISON ENTRE LES DOMICILES DES MALADES NORD-AFRICAINS HOSPITALISÉS ET LA RÉPARTITION DE LA POPULATION NORD-AFRICAINE DANS LES DIFFÉRENTS ARRONDISSEMENTS DE PARIS ET COMMUNES DE LA SEINE

Nous comparerons les résultats de notre enquête hospitalière aux données fournies par les travaux du Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie [a].

Notre enquête hospitalière rassemble 4.129 cas de malades nord-africains musulmans hospitalisés. Pour cette étude sur les domiciles dans la Seine, nous avons éliminé 163 malades habitant hors du département soit : 90 domiciliés en Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne, 29 domiciliés en Province, 29 domiciliés en Afrique du Nord, 15 de domicile indéterminé. Les malades sans domicile fixe (S. D. F.) restent comptés dans la population de la Seine.

Les 3.966 malades restant ont été hospitalisés dans 22 hôpitaux, soit :

Les 14 grands hôpitaux de circonscription de l'AP (enquête I). Pour tous les malades le domicile précis a été relevé. Cet échantillon comporte 2.726 hommes et femmes de plus de 15 ans.

4 hôpitaux de banlieue. L'arrondissement ou commune de domicile a été relevé pour tous les malades (954 hommes et femmes de plus de 15 ans).

2 hôpitaux de l'Assistance Publique d'importance moindre (Boucicaut, Dubois). Les malades nord-africains y avaient été seulement recensés, et les domiciles non relevés. Ces échantillons ont été repartis entre les différentes communes ou arrondissements compris dans les circonscriptions de ces hôpitaux, au prorata de la population de ces communes ou arrondissements estimée selon les données dont nous disposons par ailleurs. Notre étude sur les données hospitalières [b] nous montre en effet que la quasi-totalité des malades nord-africains hospitalisés dans un hôpital donné sont domiciliés dans sa circonscription, et que leur nombre est fonction de la population des communes de cette circonscription.

2 hôpitaux de banlieue (Puteaux, Courbevoie). Notre enquête ne s'est pas étendue à ces hôpitaux. Mais en raison d'incorrections trop flagrantes relevées sur la popu-

---

[a] Nous ne disposons d'aucune autre source fournissant des données récentes. M. J.-J. Rager avait procédé en 1949 à une enquête sur l'émigration Algérienne. Voir : J.-J. Rager, Les Musulmans Algériens en France et dans les pays islamiques (1950). Il conduisit une nouvelle enquête en 1950 dont les résultats sont publiés dans : **14** INED en collaboration avec ESNA, *Les Algériens en France.*

Alors que cette publication est sous presse, paraît une nouvelle étude de M. J.-J. Rager, dont nous n'avons pu faire état. — **22** — J.-J. Rager, *L'Émigration en France des Musulmans d'Algérie.*

[b] Cf. *infra*, Chapitre III, p. 131.

lation déterminée pour ces deux communes, nous avons estimé devoir en tenir compte. Nous avons supposé que le nombre des malades hospitalisés était fonction du nombre de lits, et que leur proportion était identique à celle observée dans l'hôpital voisin de Nanterre. Nous sommes ainsi conduit à compter 22 malades à l'hôpital de Puteaux (75 lits) et 39 à l'hôpital de Courbevoie (130 lits) au cours des semaines étudiées. Ces malades ont été estimés domiciliés respectivement à Puteaux et à Courbevoie [1]. Le peu d'importance de ces chiffres nous permet d'estimer leur incidence sur l'ensemble de l'étude comme négligeable.

Nous n'avons pas tenu compte des femmes hospitalisées dans 5 maternités (19).

Les enfants seront étudiés à part.

Le domicile porté sur le registre de l'hôpital est celui déclaré par le malade à l'entrée.

Les enquêtes du Bureau d'Études des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie [b] visent à déterminer les données permanentes de l'émigration algérienne en France. Sources de l'émigration, par communes et douars d'origine, implantation et regroupement en France, répartition des immigrés par groupes d'activités professionnelles.

L'enquête sur la Seine porte sur 36.562 cas. Elle a donc plus que la valeur d'un sondage, mais ne couvre pas cependant la totalité de la population.

Les sources de cette enquête proviennent d'Algérie. Elles sont constituées par les renseignements fournis par les administrateurs de communes mixtes, indiquant le nombre d'habitants de la commune ayant émigré, leur domicile et leur profession en France.

Seule une partie de la population est donc couverte par cette étude. Notre enquête (I) nous montre en effet que si la population provenant des communes mixtes constitue la majorité, elle ne représente que 71,2 % (16,1 % provenant de communes de plein exercice et 12,7 % des villes).

On manque totalement de données sur certaines communes mixtes dont les administrateurs n'ont pu fournir les renseignements demandés.

Les données sont valables pour l'année 1954. Les renseignements s'échelonnent sur des périodes assez longues. Ils ne reflètent donc pas les modifications pouvant se produire dans les courants d'émigration.

La validité de la donnée « domicile » pourrait paraître encore plus discutable que dans notre enquête hospitalière.

On pourrait donc douter de la possibilité de comparer des données aussi instables à un an de distance (la majorité de nos données porte sur 1955 et 1956). En fait la corrélation reste bonne, et cette constatation nous permettra de penser qu'existe une grande fixité de l'implantation géographique de la population nord-africaine.

Le tableau VI présente les résultats de ces diverses données.

La colonne (1) donne les chiffres bruts résultant des travaux de BEMMO, sur 36.562 cas valables en 1954.

La colonne (2) donne les chiffres bruts de notre enquête hospitalière (3.966 cas de malades hospitalisés) répartis de 1938 à 1956. Nous avons étudié cette population entière de façon à utiliser le plus grand échantillon possible. Nous étudions par ailleurs la validité de ce procédé.

La colonne (3) donne les chiffres de notre enquête (I). Les seuls dont

---

1. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie. *Enquête hospitalière générale.* Les taux d'attraction de ces 2 hôpitaux ne sont supérieurs à 10 ‰ que dans la limite de leur commune d'implantation.

[a] Les travaux du Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'œuvre (BEMMO) sont la continuation des études entreprises par le Professeur Robert Montagne sur les migrations entre l'Algérie et la France, poursuivies après sa mort par ses deux collaborateurs, M. J. Flye Sainte Marie et M. P. Demoyen. Nous les remercions de l'accueil qu'ils nous ont réservé et de leur autorisation à utiliser les résultats de leurs travaux.

TABLEAU VI — Nombre de Nord-Africains domiciliés dans les arrondissements de Paris et Communes de la Seine

COMMUNES	B.E.M.M.O *	22 Hop	14 Hop. Enquête(1)	K 22 Hop / 14 Hop	14 Hop 1955 et 56	Population. Selon B.E.M.M.O Sondage 2/5	Selon 23 Hop Sondage 1/23	Selon 14 Hop Sondage 1/23	Selon 14 Hop 55/56 Sondage 1/35
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Paris 1e	77	21	21	1	13	192	483	483	455
2e	244	42	37	1.1	23	660	966	851	805
3e	921	66	62	1,1	44	2302	1518	1426	1540
4e	360	69	64	1,1	50	900	1587	1472	1750
5e	565	137	128	1,1	79	1412	3151	2944	2765
6e	105	18	14	1.3	7	262	414	322	245
7e	41	11	11	1	9	102	253	253	315
8e	142	6	3	2	2	355	138	69	70
9e	65	17	15	1,1	7	162	391	345	245
10e	212	53	44	1,2	30	530	1219	1012	1050
11e	1248	157	145	1,1	87	3120	3611	3335	3045
12e	1286	109	101	1,1	59	3215	3497	2323	2065
13e	1950	191	175	1,1	121	4875	4393	4025	4235
14e	688	73	72	1	58	1720	1679	1656	2030
15e	2558	250	137	1,8	78	6395	5750	3151	2730
16e	80	16	8	2	4	200	368	184	140
17e	989	103	82	1,2	55	2472	1369		1925
18e	3224	321	252	1,3	158	8060	7383	5796	5530
19e	2584	208**	93	2,2	50	6460	4784**	2139	1750
20e	2503	204	168	1,2	101	6257	4692	3864	3535

* Bureau d'Etude des Mouvements de Main d'Oeuvre du Gouvernement Général de l'Algérie —

TABLEAU VI (suite)

COMMUNES	BEMMO	22 Hop	14 Hop Enquête (1)	K 22 Hop / 14 Hop	14 Hop 1955 et 56	Population Selon BEMMO Sondage 2/5	Selon 23 Hop. Sondage 1/23	Selon 14 Hop Sondage 1/23	Selon 14 Hop 55/56 Sondage 1/3
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
ALFORTVILLE	371	40	30	1,3	21	927	920	690	735
ARCUEIL	—	5	5	1	4	—	115	115	140
ASNIERES	248	45	35	1.3	17	620	989	759	595
AUBERVILLIERS	1748	132***	59	2,4	35	4370	3036***	1355	1225
BAGNOLET	26	10	10	1	4	65	230	230	140
BOBIGNY	39	6	3	2	1	97	138	69	35
BOIS-COLOMBES	—	8	4	2	1	—	184	92	35
BONDY	100	26	11	2.7	8	250	598	253	280
BOULOGNE-B	1159	47	40	1.2	24	2947	1081	720	840
CHAMPIGNY S/M	190	14	8	1.7	4	475	322	184	140
CHARENTON	20	8	6	1,3	2	50	184	138	70
CHOISY LE ROI	731	48	45	1.1	38	1827	1104	1035	1330
CLICHY LE G.	1297	143	98	1.4	58	3242	3189	2254	2030
COLOMBES	493	41	19	2,2	12	1232	943	437	420
COURBEVOIE	298	14****	8	1.7	5	745	322****	184	175
LA COURNEUVE	42	16	2	8	2	105	368	46	70
DRANCY	73	26	7	3.7	4	182	598	161	140
GARENNE-COLOMBES	330	13	8	1.6	2	825	299	184	70
GENNEVILLIERS	1583	146	135	1.1	96	3957	3358	3105	3360
GENTILLY	—	10	10	1	9	—	230	230	315
LA HAY LES ROSES	—	20	20	1	20	—	460	460	700
ISSY-LES-M.	265	10	7	1,4	6	662	230	161	210
IVRY S/SEINE	350	26	25	1	12	875	598	575	420
JOINVILLE	—	7	1	7	0	—	161	23	0
LEVALLOIS P.	356	55	50	1,1	33	890	1265	1150	1155
MALAKOFF .	—	5	4	1,2	4	—	115	92	140

TABLEAU VI (suite)

COMMUNES	BEMMO	22 Hop.	14 Hop. Enquête (1)	K 22 Hop / 14 Hop	14 Hop 1955 et 56	Population Selon BEMMO Sondage 2/5	Selon 22 Hop Sondage 1/23	Selon 14 Hop Sondage 1/23	Selon 14 Hop 55/56 Sondage 1/35
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
MONTREUIL S/B	670	44	34	1,3	22	1675	1012	782	770
MONTROUGE	31	7	5	1,4	3	77	161	115	105
NANTERRE	1067	155 **** *	56	2,8	43	2667	3565 **** *	1288	1505
NOISY LE SEC	202	9	5	1,8	1	905	209	115	35
PANTIN	177	20	14	1,4	7	442	460	322	245
PRÉ St GERVAIS	–	14	10	1,4	7	–	322	230	245
PUTEAUX	439	44 **** * *	16	2,7	12	1097	1012 **** * *	368	420
ROMAINVILLE	66	7	3	2,3	2	165	161	69	70
St DENIS	2144	212	28	7,2	17	5360	4876	644	595
St MAUR LES F.	440	42	3	14	3	1100	966	69	105
St OUEN	498	55	47	1,2	28	1245	1265	1081	980
SURESNES	42	6	5	1,2	5	105	138	115	175
VILLEMOMBLE	60	5	3	1,6	2	150	115	69	70
VINCENNES	36	13	12	1,1	9	90	299	276	315
VITRY S/SEINE	181	44	43	1	25	452	1012	989	875
AUTRES COMMUNES	269	51	39	/	33	672	1173	897	1155
SANS DOMICILE FIXE	–	138	123	/	100	–	3144	2829	3500
TOTAL	35.883	3.966	2.726	/	1.780	89.706	91218	62.698	62.300

** - Forte proportion de M.A du 19e hospitalisés à l'hopital de Bobigny
*** - Forte proportion de M.A d'Aubervillers hospitalisés à Bobigny et St Denis
**** - Pour l'estimation du nombre d'hospitalisés de Courbevoie, nous avons tenu compte de l'hopital de Courbevoie
***** - Forte proportion de M.A de Nanterre hospitalisés à la Maison Départementale de Nanterre
****** - Nous avons tenu compte de l'hopital de Puteaux

nous disposerons par la suite pour l'étude des lieux d'origine de la population nord-africaine.

La colonne (4) indique le rapport des chiffres de la colonne (2) à ceux de la colonne (3), ce coefficient (K) sera utilisé pour pondérer les chiffres fournis par notre enquête (I) lors de l'étude des lieux d'origine.

La colonne (5) indique les chiffres des malades provenant de chaque commune et arrondissement, étudiés par notre enquête (I) et hospitalisés en 1955 et 1956. Nous utiliserons ces données pour étudier la validité des résultats donnés par la totalité de l'enquête (I) étendue sur 10 années.

Dans les 4 dernières colonnes, les données brutes précédentes ont été interprétées de façon à faciliter une étude comparative des chiffres. Chaque enquête a été considérée comme un sondage et nous avons fait à partir de ses chiffres respectifs une estimation de la population totale de chaque arrondissement de Paris et commune de la Seine.

Cette estimation est faite en admettant une population totale de la Seine voisine de 90.000 NA, chiffre intermédiaire entre nos estimations (a) et (b) de la population de 1956. (80.000 à 100.000.)

Dans la colonne (6) l'enquête du BEMMO est considérée comme un sondage au 1/2,5 (36.562 × 2,5 = 91.405). Cette hypothèse n'est pas théoriquement valable, et provoquera des discordances dans de nombreux cas. Elle restera pratiquement commode dans l'ensemble. Mais la comparaison des chiffres fournis par notre enquête devra être faite aussi bien avec les chiffres de la colonne (1) qu'avec ceux de la colonne (6).

En effet, l'enquête du BEMMO n'est en rien un sondage. Elle n'étudie qu'une fraction bien définie de la population (71,2 %) originaire des communes mixtes. Elle vise, dans toute la mesure du possible à recenser la totalité de la population.

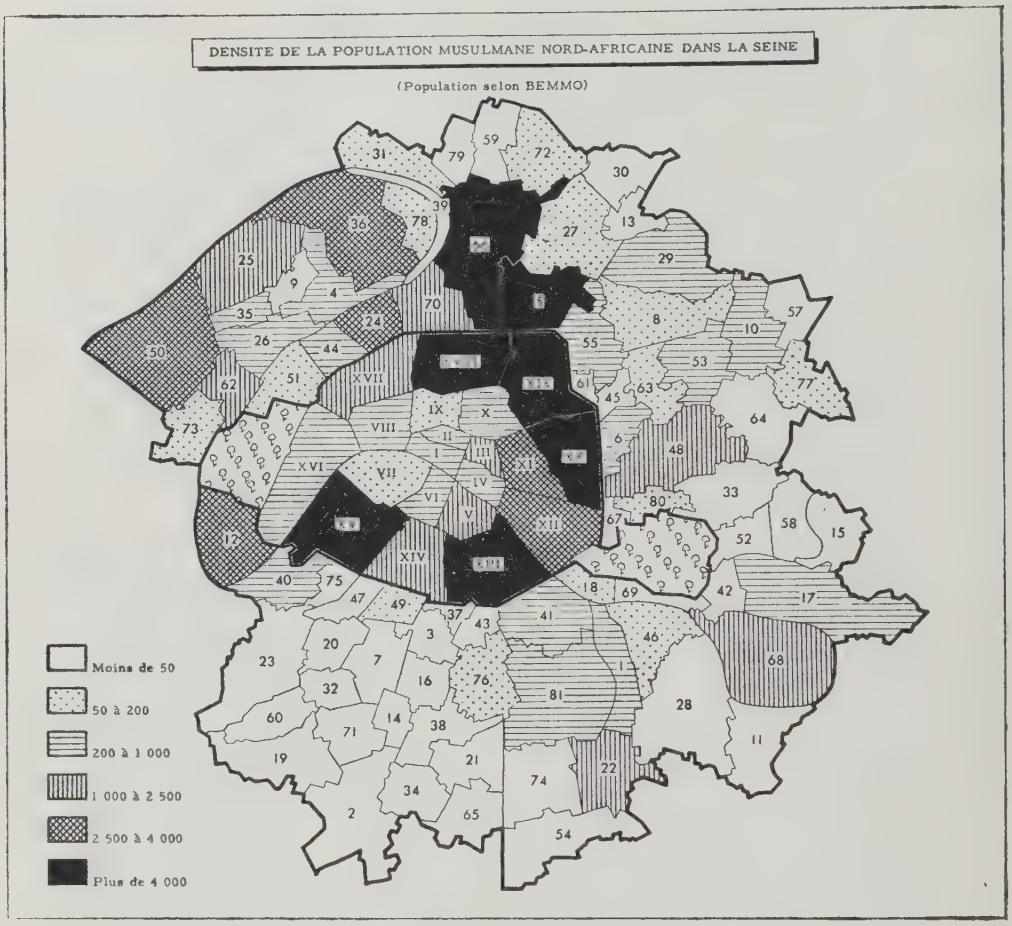
Chaque fois que la population d'une commune de la Seine sera bien déterminée par le BEMMO, le chiffre de la colonne (6) sera abusivement majoré. Ce sera le cas : si cette population provient presque exclusivement de communes mixtes ; si elle est constituée par un seul ou un petit nombre de noyaux de Nord-Africains originaires d'une même commune mixte regroupés dans cette commune de la Seine et si les renseignements provenant de cette commune mixte sont bons. Cas de Choisy-le-Roi.

A l'inverse, et dans le même cas, si les renseignements provenant de la commune mixte sont peu valables, le chiffre de la colonne (1) pourra être beaucoup trop faible, le coefficient 2,5 sera insuffisant, le chiffre de la colonne (6) restera fortement minimisé.

Mais, plus seront variées les origines des NA d'une commune de la Seine, plus se compenseront ces erreurs systématiques, donnant à l'enquête du BEMMO la valeur d'un sondage sur la population originaire des communes mixtes, le coefficient 2,5 jouant son rôle de pondération aussi bien sur le sondage, que sur le facteur particulier dû à la présence d'une population ne provenant pas des communes mixtes. Ce cas est en fait le plus fréquent, en particulier dans les communes ou arrondissements à forte densité de population NA. Par exemple le 18e arrondissement.

Dans la colonne (7) notre enquête hospitalière est considérée comme un sondage au 1/23e (3.966 × 23 = 91.218). Ce sont ces chiffres qui doivent être comparés à ceux de la colonne (1) et de la colonne (6) pour apprécier la corrélation que nous étudions actuellement.

Notre enquête constitue un sondage valable : si l'on admet que, par rapport à l'arrondissement ou commune de résidence, la maladie est un choix au hasard, et le taux de fréquentation hospitalière une constante. Cette dernière hypothèse ne peut être retenue qu'en première approximation, mais nous ne connaissons pas la popu-

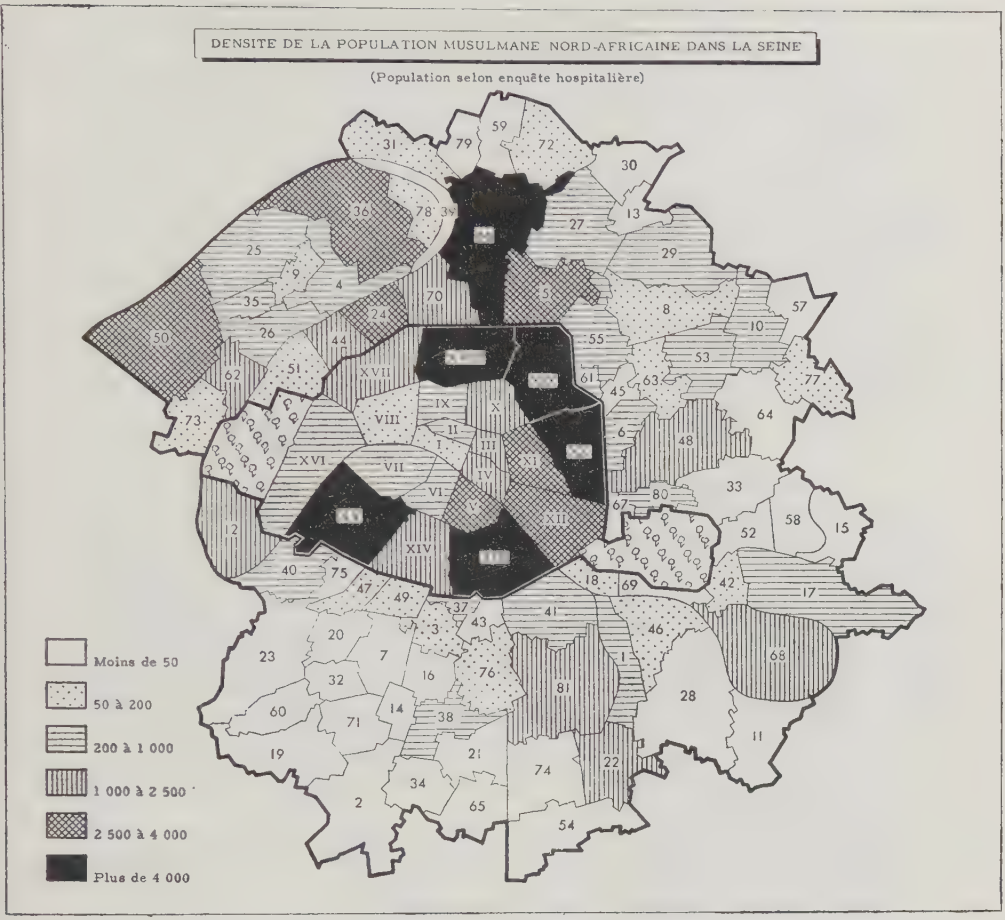


Carte I

lation NA des différentes communes avec assez de précision pour pouvoir tenter de la vérifier. De toutes façons, l'incertitude issue de cette approximation est certainement très inférieure à celle que nous admettons à priori sur nos chiffres de population.

La colonne (8) où notre enquête (I) est également considérée comme un sondage au 1/23e nous indique la population qu'elle a explorée par commune et au total, par rapport à l'enquête hospitalière d'ensemble couvrant, comme nous l'avons indiqué, la quasi-totalité de la population nord-africaine de la Seine. Cette population est de 62.700 (2.726 × 23 = 62.698).

Dans la colonne (9) la partie de notre enquête (1) concernant les malades hospitalisés au cours des années 1955 et 1956 a été considérée comme un sondage sur cette même population de 62.000 personnes. Ces chiffres permettront une estimation de la validité des résultats obtenus à partir d'observations réparties sur 10 années, par rapport aux résultats donnés par une étude portant sur 1 an ½.



Carte 2

Les cartes 1 et 2 illustrent la corrélation existant entre les chiffres des populations des différents arrondissements et communes calculés dans la colonne (6) selon les données du BEMMO et dans la colonne (7) selon notre enquête. Les arrondissements et communes étant ordonnés en 6 classes selon la densité de leur population nord-africaine, 74 sur 80 se trouvent placés dans la même classe selon les estimations d'une part résultant de l'enquête du BEMMO, d'autre part résultant de notre enquête.

Si nous étudions les chiffres de plus près, nous constatons qu'il n'y a que 20 communes ou arrondissements où la population diffère de plus de 15 % et de plus de 300 habitants selon les estimations. Nous étudierons ces 20 cas discordants en plusieurs groupes.

1. Les communes de Genevilliers, Montreuil, Noisy-le-Sec, Choisy-le-Roi sont majorées dans l'estimation faite sur les chiffres du BEMMO. Elles représentent le type de noyaux de NA originaires d'une ou deux communes mixtes regroupées. L'estimation brute du BEMMO a donc des chances de se rapprocher de la réalité (chiffre de la colonne 1).

2. Il est vraisemblable que les cas de Vitry et l'Hay-les-Roses correspondent à des noyaux mal signalés par les administrateurs algériens, ou bien récents.

3. Nos chiffres sont nettement plus forts que ceux du BEMMO pour le 10e et Levallois, nettement plus faibles au contraire pour le 3e et le 17e. Nous ne pouvons que constater le fait, émettant à la rigueur la supposition d'un glissement de population entre ces communes et arrondissements respectivement contigus.

4. Nous sommes conscients de notre réelle incertitude concernant la population de Boulogne. Elle constitue à coup sûr la fraction la moins bien étudiée par notre enquête à laquelle elle a échappé pour 50 % au moins. La raison majeure doit en être la présence autour de Boulogne d'hôpitaux où notre enquête ne s'est pas étendue (Corentin Celton à Issy, Foch à Suresnes, Vaugirard dans le 15e). Il est également possible que les hôpitaux de Versailles exercent une certaine attraction sur cette zone. Enfin nous ne devons pas exclure la possibilité d'un taux de fréquentation hospitalière moindre qui pourrait être dû à l'existence des services médicaux bien organisés des usines d'automobiles (Renault et Citroën). — La même remarque doit être faite à un moindre degré pour les communes d'Issy, de Courbevoie et de la Garenne Colombes.

Le cas des 6 communes ou arrondissements restants sera étudié à part.

Nous terminerons cette étude par l'examen comparatif des résultats fournis par notre sondage étalé sur 10 ans et notre sondage limité aux années 1955 et 56. L'examen des chiffres, colonnes (8) et (9), montre qu'en aucun cas la différence des populations des diverses communes n'est supérieure à la fois à 20 % et 500 habitants. Dans 71 communes et arrondissements sur 80, la différence n'est pas supérieure à la fois à 10 % et à 100 habitants. Cette incertitude est très inférieure à celle qui pèse par ailleurs sur nos résultats, et il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans les estimations très approchées de population auxquelles nous avons abouti.

Néanmoins, nous étudierons les 9 cas de discordance marquée qui contiennent 5 des 6 communes qui nous restaient à examiner précédemment ; nous leur ajouterons le 6e de ces communes : Aubervilliers.

Nous éliminerons les 3 premiers cas : le 9e arrondissement et Asnières comportent des chiffres de population faibles difficilement interprétables. Nous avons déjà noté l'incertitude concernant Boulogne.

Les 6 communes restantes se partagent en 2 groupes.

1. Nanterre et le 4e. La population est constamment croissante si l'on considère successivement les chiffres du BEMMO (6) de notre enquête générale (7) puis de 55/56 (9) par rapport à l'enquête (1) colonne (8). Il y a donc tout lieu de penser que la population relative de ces communes par rapport à la population générale NA de la Seine s'accroît.

2. C'est l'inverse qui se produit pour Aubervilliers, le 15e, le 19e et le 20e arrondissements où nous sommes amenés à penser à une diminution relative de la population NA, par rapport à l'ensemble.

Soulignons que cette diminution peut ne pas être absolue dans une des communes considérées, que la population nord-africaine peut même continuer à y croître. En effet, la population totale de la Seine a été durant toute la période couverte par ces enquêtes constamment croissante, et les estimations que nous donnons ici ne sont que relatives.

Nous pouvons donc constater que les données fournies par notre enquête correspondent bien aux faits actuellement connus. Notre échantillon de malades hospitalisés nous donne une bonne représentation géographique de la population nord-africaine dans la Seine. Les discordances observées sont dans la plupart des cas explicables. Nous devrons tenir compte de la faible valeur de notre échantillon de Boulogne.

VI. — LIEUX D'ORIGINE DES NORD-AFRICAINS DE LA SEINE COMPARAISON DE L'ÉCHANTILLON DE MALADES HOSPITALISÉS ET DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Nous comparerons les résultats de notre enquête (I) portant sur 14 hôpitaux de l'Assistance Publique, aux données fournies par le Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre.

Seule notre enquête (I) nous fournit le lieu de naissance des malades hospitalisés pour un échantillon étendu [a]. Elle porte sur 2.825 malades, hommes et femmes de plus de 15 ans.

Le lieu de naissance porté sur les registres d'hôpitaux a été relevé à l'entrée du malade, en général sur sa carte d'identité. Le renseignement que nous possédons sur nos fiches d'enquête est plus précis que celui que nous avons utilisé lors de l'exploitation. Il précise en effet le douar de naissance. La codification des douars aurait entraîné un travail trop complexe. Nous avons codé seulement la commune mixte ou la commune de plein exercice (selon le code de l'INSEE) ainsi que l'arrondissement et le département. Pour les Tunisiens et les Marocains, aucune précision autre que le pays n'a été utilisée.

Le lieu de naissance peut entièrement être assimilé au lieu d'origine. Notre enquête (III) nous montre que la plupart du temps le Nord-Africain vient directement en France de son lieu de naissance qu'il n'a pas quitté durant sa jeunesse [b].

La donnée sur le lieu de naissance est celle qui nous a laissé le plus de cas d'indétermination. Cette indétermination résulte ou du report incomplet des renseignements sur le registre, ou de déformations de l'orthographe à la suite des retranscriptions successives aboutissant parfois à rendre le nom ininterprétable. Sur notre échantillon de 2.835 cas, dans 2.732 cas le département ou pays est connu, dans 2.450 cas l'arrondissement (exclus les Tunisiens et Marocains). Dans 2.221 cas, la commune est bien précisée.

Nous avons indiqué les sources d'où sont tirées les données utilisées par le BEMMO. Nous rappelons que son enquête porte sur 36.562 Nord-Africains présents dans la Seine. Le BEMMO s'est particulièrement attaché à l'étude du regroupement dans des communes ou arrondissements de France de noyaux originaires d'une même commune mixte ou d'un même douar. Le BEMMO possède ces renseignements au niveau du douar, mais a dû également présenter ses résultats dans le cadre des communes.

---

[a] Nous possédons également cette donnée pour les malades de notre enquête III limitée à 83 cas.

[b] Cf. *infra*, Chapitre II p. 98.

Voici la répartition de nos 2.732 malades par département ou pays d'origine :

Origine	hommes	femmes	Total	% [a]
Département d'Alger	923	40	963	35,24
— de Constantine	1.360	74	1.434	52,49
— d'Oran	203	24	227	8,31
Territoires du Sud	8	0	8	0,29
Tunisie	22	5	27	2,67
Maroc	71	2	73	0,99
Totaux	2.587	145	2.732	100,00

Le Tableau VII montre la répartition de la population nord-africaine de la Seine par arrondissement ou commune d'origine.

Le total des émigrés a été donné soit pour l'ensemble de l'arrondissement, soit pour l'ensemble des communes de plein exercice et l'ensemble des communes mixtes d'un arrondissement, soit par commune, selon l'importance de l'émigration dans la région.

Les colonnes (1) (2) et (3) donnent le nombre de malades, hommes, femmes et total originaires de chaque région.

La colonne (4) donne une estimation de la proportion de Nord-Africains originaires de cette région présents dans la Seine, d'après les données de notre enquête (I). Cette estimation est faite dans les mêmes conditions que l'estimation de la population des communes de la Seine. D'une part notre enquête (I) est considérée comme un sondage au 1/23e, d'autre part les résultats obtenus sont affectés d'un coefficient de majoration tenant compte de la valeur représentative de notre échantillon vis-à-vis de chaque commune de la Seine. Ce coefficient K est indiqué dans la colonne (4) du tableau VII, pour chaque commune de la Seine et arrondissement de Paris. C'est le rapport du nombre de malades recensés par notre enquête hospitalière générale (pratiquement, pour la plupart des communes du nombre total de malades hospitalisés) sur le nombre de malades étudiés du point de vue de leur lieu d'origine. La précision de l'étude des lieux d'origine des Nord-Africains d'une commune donnée de la Seine sera d'autant moins bonne que ce coefficient sera plus grand. C'est le cas de la Courneuve et Saint-Denis, et surtout de Saint-Maur où l'étude des lieux d'origine en est rendue impossible. Cette répartition reflète l'aspect de la population en 1955. Mais le nombre de 63.825 correspond à la population de 1954 pour faciliter la comparaison avec les chiffres du BEMMO. Les chiffres devraient être affectés d'un coefficient 1,25 pour obtenir la population de 1955-56 (rapport de l'échantillon de 2.221 cas à celui de 2.725 cas précédemment utilisé, sensiblement égal au rapport des populations en 1954 et 1956. La colonne (5) indique les chiffres du BEMMO pour les communes mixtes.

La comparaison des chiffres des colonnes (4) et (5) montre que nous arrivons bien à des estimations du même ordre de grandeur que le BEMMO.

---

[a] Dans : — **10** — INED en collaboration avec ESNA. *Les Algériens en France*, p. 88.
Les taux indiqués par J.-J. Rager, selon son enquête de 1948, pour l'émigration algérienne sont :

Dt d'Alger	34,5 %
Dt de Constantine	52,3 %
Dt d'Oran	10,8 %
Tr du Sud	2,4 %

TABLEAU VII — Nombre de Nord-Africains domiciliés dans la Seine, originaires des divers arrondissements et communes d'Algérie

	MALADES HOSPITALISES			POPULATION DANS LA SEINE	
	Hommes	Femmes	Total	Selon Enquête 1	Selon BEMMO
DÉPARTEMENT D'ALGER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Arrondissement d'Alger					
Alger Ville	59	7	66	1853	
Autres Communes	10	6	16	578	
Arrondissement de Bouira					
Palestro	10	–	10	268	
Maillot	33	–	33	861	447
Aïn Bessem	8	–	8	244	15
Arrondissement d'Aumale					
Aumale	4	–	4	106	
C.M de l'arrondissement	25	3	28	775	
Arrondissement de Blida	19	3	22	666	
Arrondissement de Médéa	15	1	16	364	
Arrondissement de Miliana					
Miliana et C.P.E *	7	–	7	211	
CM** de l'ar^dt	12	1	13	361	
Arrondis^t d'Orléansville	22	1	23	790	
Arrondis^t de Tizi Ouzou					
Tizi Ouzou	58	3	61	1699	495
CPE de l'ar^dt	63	2	65	1768	
Dra el Mizan	88	–	88	2006	2276
Mizrana	29	–	29	901	
Arrondis^t de Fort National					
Fort National et CPE	162	5	167	4989	3908
Azzepoun	29	–	29	743	1326
Haut Sebaou	43	3	46	1873	2465
Djurdjura	78	–	78	3701	3228
TOTAL	774	35	809	24.757	

* - CPE Commune de Plein Exercice
** - CM Commune Mixte

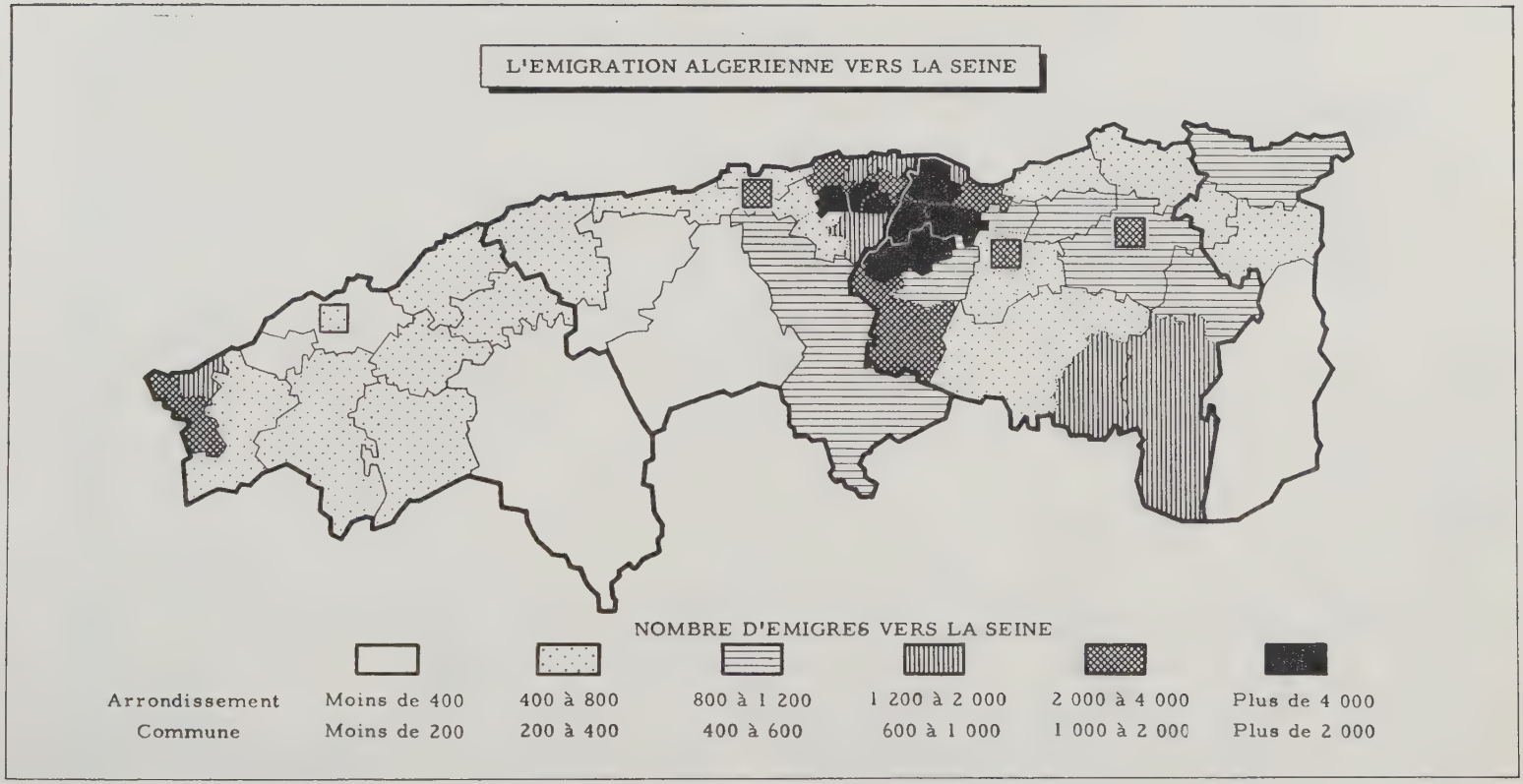
TABLEAU VII (suite)

	Malades hospitalisés			Population dans la Saine	
	Hommes	Femmes	Total	Selon Enquête (1)	Selon BEMMO (1954)
DEPARTEMENT DE CONSTANTINE					
Arrondissements de Constantine et Mila					
Constantine Ville	49	2	51	1318	
CPE et CM de l'Arrt	31	6	37	1020	
Arrondissement de Bougie					
Bougie	16	1	17	426	
CPE de l'Arrt	11	-	1	335	
Akbou	138	5	143	4318	2563
Guergour	201	17	218	6731	4051
Oued Marsa	55	1	56	1546	2860
Souminam	173	6	179	5123	3216
Arrondissements de Sétif Bordj . B. Ar					
Sétif	26	3	29	783	
CPE de l'Arrt	13	-	13	295	
Bibans	103	9	112	3070	2519
M' Sila	37	6	43	1077	1163
Maadid	17	1	18	471	610
Eulma	11	-	11	290	36
Rhira	7	3	10	232	45
Takitount	22	1	23	559	576
Arrondissement de Djidjelli					
Djidjelli et El Milia	12	—	12	318	112
Taher	14	—	14	344	5
Arrondissement de Batna					
CM de l'Arrt sauf:	25	—	25	653	116
Aurès	20	-	20	657	137
Arrdt d'Aïn Beïda (dont Kenchela)	46	1	47	1446	692 (Kenchela)
Biskra	28	—	28	602	

TABLEAU VII (suite)

	Malades Hospitalisés			Population dans la Seine		
	Hommes	Femmes	Total	Selon Enquête (1)	Selon BEMMO	/
(Suite) DEPARTEMENT DE CONSTANTINE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	/
Arr^dt de Tebessa	8	4	12	199		/
Arr^dt de Souk Akras	17	–	17	499		/
Arr^dt de Guelma						/
Guelma et C.P.E	8	2	10	192		/
Oued Cherf	9	–	9	304		/
Arr^dt de Philippeville						/
Philippeville	3	–	3	80		/
C.P.E de l'Arr^dt	3	–	3	50		/
CM de l'Arr^dt	17	–	17	357		/
Arron^t de Bône						/
Bône et C.P.E	11	1	12	285		/
C.M de l'Arr^dt	26	–	26	721		/
TOTAL	1157	70	1227	34301		/
						/
DEPARTEMENT D'ORAN						/
Arr^dt d'Oran						/
Oranville	10	2	12	312		/
CM et CPE	6	1	7	122		/
Arr^dts de Mascara et Saïda	13	2	15	426		/
Arr^dt de Mostaganem et Relizane	23	2	25	509		/
Arr^dt de Sidi-Bel-Abbès	14	2	16	414		/
Arr^dt de Tiaret	3	–	3	50		/
Arr^dt de Tlemcen	19	5	24	687		/
Arr^dt de Marnia						/
Marnia	52	6	58	1468	1128	/
Nédroma	22	3	25	779	881	/
TOTAL	162	23	185	4767		/
						/
TOTAL GENERAL	2093	128	2221	63.825*		/

* Sur ce chiffre, voir p. 52.



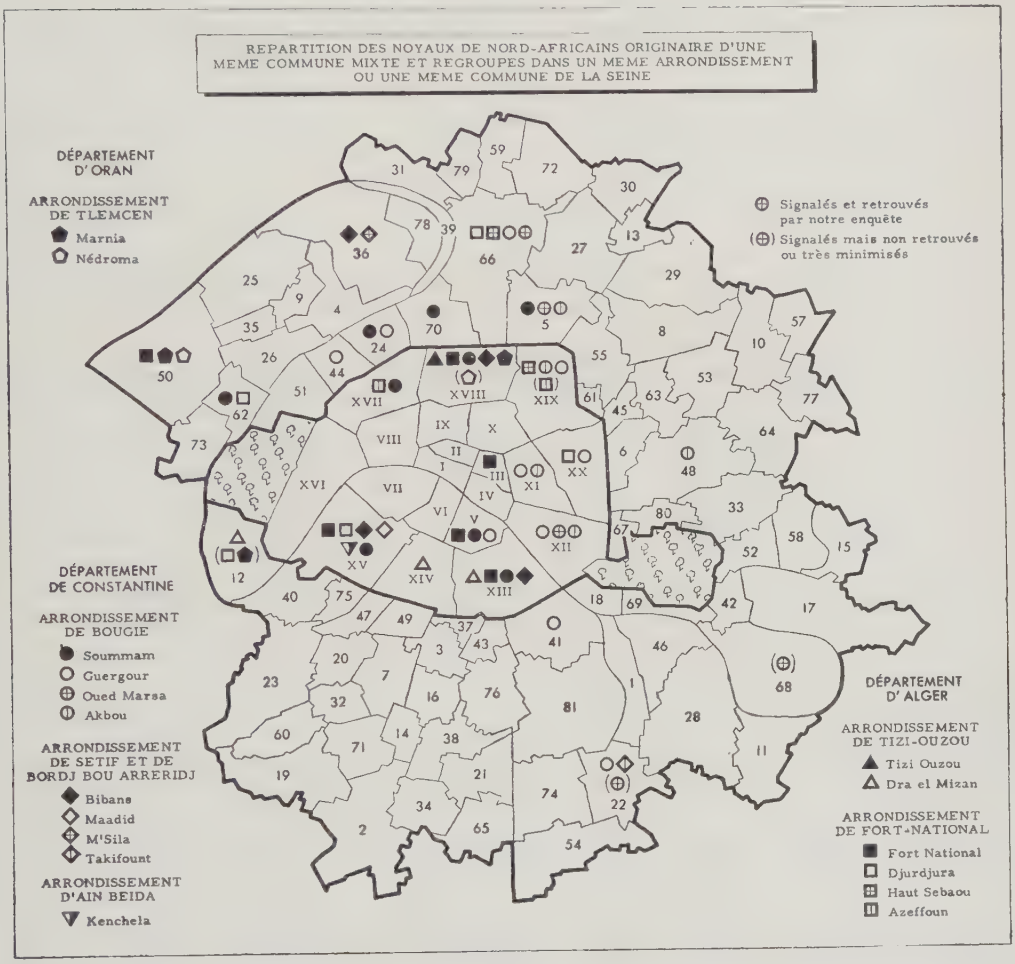
Carte 3

* Les limites administratives de l'Algérie sont indiquées sur le dépliant en fin d'ouvrage.

La carte 3 illustre les résultats tirés de l'enquête (I) [1].

L'exploitation mécanographique de notre enquête nous a permis d'aller jusqu'au tri des lieux d'origine en fonction de la commune ou de l'arrondissement de résidence dans la Seine. Les tableaux VIII donnent les résultats de cette étude.

Carte 4



Une ventilation poussée à ce point de notre population ne nous laisse que de très petits échantillons de chaque catégorie. Les extrapolations faites sur ces échantillons sont donc particulièrement dangereuses. Néamoins les résultats obtenus sont intéressants.

1. — **10** — INED en collaboration avec ESNA. *Les Algériens en France.*
Les données indiquées dans cette publication d'après l'enquête de M. J.-J. Rager de 1951 permettent de dresser une carte de l'émigration dont la physionomie est absolument identique.

TABLEAU VIII — Lieux d'origine des Nord-Africains domiciliés dans les divers Arrondissements de Paris

K :	Paris 1e / 1	2e / 1.1	3e / 1.1	4e / 1.1	5e / 1.1	6e / 1.3	7e / 1	8e / 2	9e / 1.1	10e / 1.2	11e / 1.1	12e / 1.1	13e / 1.1	14e / 1	15e / 1.8	16e / 2	17e / 1.2	18e / 1.3	19e / 2.2	20e / 1.2
Alger ville	2 2 – 46	1 1.1 – 25	– – –	– – –	1 1.1 25	1 1.3 30			2 2.2 50		4 4.4 100	2 2.2 50	7 7.7 177	1 1 23	4 7.2 165		1 1.2 28	6 7.8 180	4 8.8 200	3 3.6 82
PE de l'Arrdt				2 2.2 50	2 2.2 50						2 2.2 50		1 1.1 25		1 1.8 40		1 1.2 28	1 1.3 30		1 1.2 28
Palestro	1 1 23	1 1.1 25											2 2.2 50					1 1.3 30		
Maillot	(1)	(1)	1 1.1 (4) 25	4 4.4 (1) 100	1 1.1 (2) 25				1 1.1 25	(5)	1 1.1 (16) 25	(2)	(3)	1 1 23	7 12.6 (22) 290		(3)	2 2.6 (22) 60	2 4.4 (133) 100	1 1.2 (22) 28
Aïn Bassem													1 1.1 25	1 1 23			1 1.2 28			1 1.2 28
Aumale													1 1.1 25				1 1.2 28			1 1.2 28
CM de l'Arrdt		1 1.1 25		1 1.1 25	2 2.2 50					1 1.2 28	1 1.1 25		4 4.4 100		1 1.8 40			1 1.3 30		
Arrdt Blida				1 1.1 25	1 1.1 25			1 2 46		1 1.2 28	1 1.1 25		1 1.1 25	1 1 23				2 3.6 82	1 2.2 50	1 1.2 28
Arrdt Médéa		2 2.2 50			5 5.5 126						1 1.1 25		2 2.2 50							1 1.2 28
Miliana et PE			1 1.1 25			1 1.3 30					1 1.1 25	1 1.1 25		1 1 23			2 2.4 55			1 1.2 28
CM de l'Arrdt	1 1 23	1 1.1 25		1 1.1 25	1 1.1 25										1 1.8 40			1 1.3 30		
Arrdt Orléansville					2 2.2 50						2 2.2 50		3 3.3 76		1 1.8 40		2 2.4 55	1 1.3 30	3 6.6 152	
Fort Gueydon		(4)	1 1.1 25	1 1.1 25		(20)			1 1.1 (2) 25	(10)	9 9.9 (15) 228	2 2.2 (2) 50	5 5.5 (90) 126	2 2 (30) 46	4 7.2 165	(8)	2 2.4 (2) 55	10 13 (113) 300	4 8.8 (20) 202	2 2.4 (12) 55
PE de l'Arrdt	1 1 23		2 2.2 50							2 2.4 55	2 2.2 50	2 2.2 50	9 9.9 228		3 5.4 105		2 2.4 55	4 5.2 120	2 4.4 100	5 6 138
Dra el Mizan	(7)	(2) 1 1.1 25	3 3.3 76	2 2.2 (62) 50	5 5.5 (50) 126	2 2.6 (6) 60	2 2 46		1 1.1 (5) 25	1 1.2 (4) 28	3 3.3 (10) 76	3 3.3 (7) 76	10 11 (376) 253	15 15 (210) 345	4 7.2 (122) 165	(1)	(2)	2 2.6 (46) 60	4 8.8 (11) 202	1 1.2 (5) 28
Mazrana		1 1.1 25			1 1.1 25						1 1.1 25		1 1.1 25	7 7 160	4 7.2 165			2 2.6 60	5 11 253	2 2.4 55

TABLEAU VIII (suite)

K	Paris 1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e	16e	17e	18e	19e	20e
	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1	2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1	1,8	2	1,2	1,3	2,2	1,2
Fort Mation^t et Pf.	2 2 (8) 46	5 5,5 (40) 126	19 80,9 (506) 480	7 7,7 (120) 177	11 12,1 (250) 278	1 1,3 (14) 30	(11)	(2)	1 1,1 (13) 25	6 7,2 (58) 165	10 11 (150) 253	3 3,3 (64) 76	15 16,5 (380) 380	4 4 (30) 92	15 27 (600) 620	(14)	4 4,8 (10) 110	16 21 (570) 480	5 11 (22) 253	5 6 (150) 138
Azzef.	(2)	(2)	1 1,1 (57) 25	(8)	1 1,1 (3) 25	(15)	(4)	(1)	(1)	2 2,4 (11) 55	2 2,2 (6) 50	(10)	2 2,2 (27) 50	3 3 (126) 70	2 3,6 (13) 82	1 2 (11) 46	7 8,4 (453) 193	3 4 (122) 92	(222)	(1)
Haut Sebaou	(1)	(5)	(35) 25	(6)	(30) 25		(1)		(8)	(16)	3 3,3 (160) 76	1 1,1 (24) 25	1 1,1 (164) 25	2 2 (50) 46	3 5,4 (20) 124	1 2 46	(32)	8 9,6 (173) 220	8 17,6 (930) 405	4 4,8 (121) 110
Djurdju.	2 2 (12) 46	(30)	2 2,2 (190) 50	3 3,3 (20) 76	3 3,3 (75) 76	2 2,6 (10) 60	2 2 (1) 46		(10)	1 1,2 (3) 28	3 3,3 (64) 76	1 1,1 (14) 25	2 2,2 (105) 50	3 3 (5) 70	4 7,2 (310) 165	(8)	1 1,2 (20) 28	3 3,9 (190) 90	3 6,6 (30) 152	12 14,4 (290) 330
Oran ville				2 2,2 50	1 1,1 25	1 1,1 25				1 1,2 28					1 1,8 41			3 3,1 90		1 1,2 28
Commune de l'Arr^dt	1 1 23				1 1,1 25											1 2 46				1 1,2 28
Ar^t de Mascara Saïda	1 1 23								1 1,1 25		1 1,1 25	1 1,1 25	3 3,3 76				1 1,2 28	1 1,3 30		3 3,6 82
Arr^dt de Mostag. Relizane					1 1,1 25						3 3,3 76		1 1,1 25	2 2 46	1 1,8 41		3 3,6 82	3 3,9 90		
Arr^t de Sidi-Bel Abbès		1 1,1 25		1 1,1 25	2 2,2 50				1 1,1 25	1 1,2 28	1 1,1 25							2 2,6 60	1 2,2 50	
Arr^t de Tiaret											1 1,1 25									
Arr^t de Tlemecen				1 1,1 25										1 1 23	3 5,4 124			11 14,3 329		
Marnia			1 1,1 25	1 1,1 25	(10)					(5)	3 3,3 (30) 76			1 1 (20) 23	1 1,8 (5) 41		2 2,4 (34) 55	17 22,1 (270) 508	1 2,2 50	(10)
Medoma	1 1 (12) 23	(10)		1 1,1 25	3 3,3 (50) 76				(5)	(40)	2 2,2 (4) 50			(5)	(2)		1 1,2 (2) 28	2 2,6 (360) 60	2 4,4 (23) 101	(5)

TABLEAU VIII (suite)

K	Paris 1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e	16e	17e	18e	19e	20e
	1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.3	1	2	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1	1.8	2	1.2	1.3	2.2	1.2
Constantine		1		1	2		1		2	2	3		5	2	4		2	4	4	3
Ville		1.1		1.1	2.2		1		2.2	2.4	3.3		5.5	2	7.2		2.4	5.2	8.8	3.6
		25		25	50		23		50	55	76		126	46	165		55	120	142	82
PE et PM de l'Arrdt				3	3						3	1	1	3	1		3	5		3
				3.3	3.3						3.3	1.1	1.1	3	1.8		3.6	6.5		3.6
				76	76						76	25	25	70	41		82	150		82
Bougie		1								2	1		1					4	1	2
		1.1								2.4	1.1		1.1					5.2	2.2	2.4
		25								55	25		25					120	50	55
PE de l'Arrdt										1	1	1			1			2		2
										1.2	1.1	1.1			1.8			2.6		2.4
										28	25	25			41			60		55
Soumman	2		5	3	32		1			2	6	2	12	6	6		7	6	3	7
	2		5.5	3.3	35.2		1			2.4	6.6	2.2	13.2	6	10.8		9.6	7.8	6.6	8.4
	(10) 46	(50)	(10) 126	(–) 76	(399) 810	(10)	(4) 23			(5) 55	(50) 152	(10) 50	(260) 304	(70) 138	(250) 248		(200) 220	(300) 180	(170) 152	(110) 193
Akbou			4	2	2					4	16	21	5	1	6		2	6	12	19
			4.4	2.2	2.2					4.8	17.6	23.1	5.5	1	6.6		2.4	7.8	26.4	22.[illegible]
	(2)	(2) (7)	101 (6)	50	50	(5)	(4)	(4)	(2)	(20) 110	(210) 405	(440) 532	(10) 126	(25) 23	(40) 248	(5)	(8) 55	(80) 180	(410) 607	(140) 523
Jurjura	1	1	2	5	12		1			2	30	15	6		9		3	5	7	44
	1	1.1	2.2	5.5	13.2		1			2.4	33	16.5	6.6		12.6		3.6	6.5	15.4	52.8
	(6) 26	(20) 25 (10)	50 (110)	126	(280) 304		23 (2)	(2)		(30) 55	(300) 760	(310) 380	(100) 152	40	(160) 290		(40) 82	(40) 150	(400) 354	(350) 1214
Oued Marsa		1			1					1	1	5	2				1	14	5	
		1.1			1.1					1.2	1.1	5.5	2.2				1.2	20.8	11	
	(2)	25 (5)			25 (10)		(2)	(70)		(–) 28	(20) 25	(280) 126	(20) 50	(2)	(1)	(7)	(2) 28	(650) 478	(150) 253	
Sétif	1		1	1	1								2		2			12		3
	1		1.1	1.1	1.1								2.2		3.6			15.6		3.6
	23		25	25	25								50		82			359		82
PE des Arrdts													2	1				2	1	
													2.2	1				2.6	2.2	
													50	23				60	50	
Tibaous		1	2	1	1					2	3	7	10		9		2	16	2	4
		1	2.2	1.1	1.1					2.4	3.3	7.7	11		12.6		2.4	20.8	4.4	4.8
	(1)	(30) 25 (50)	50 (3)	25	(20) 25	(1)	(2)	(2)	(10)	(1) 55	(200) 76	(110) 177	(230) 253	(4)	(350) 290	(4)	(–) 55	(220) 478	(20) 101	(150) 110
Jadid	1									1	2	1			3			2		1
	1									1.2	2.2	1.1			5.4			2.6		1.2
	(10) 23				(20)					(–) 28	(3) 50	(–) 25			(860) 124		(10)	(3) 60		(–) 28
l'Sila		3		1	4					1	1		2		1		1			2
		3.3		1.1	4.4					1.2	1.1		2.2		1.8		1.2			2.4
		(20) 76 (10)	(2)	25	(–) 101		(2)			(–) 28	(–) 25		(150) 50		(14) 41		(60) 28	(15)	(4)	(1) 55
Kibaou		1	1							1		2					1			
		1.1	1.1							1.2		2.2					1.2			
	(3)	(2) 25	25	(20)	(3)	(2)		(1)		28	(4)	(10) 50	(5)	(10)	(4)		(2) 28	(10)	(20)	(110)
Soumma				1	1						1		1		1					
				1.1	1.1						1.1		1.1		1.8					
		(1)	(2)	25	(–) 25				(4)		(–) 25		(–) 25		(–) 41	(6)		(5)	(3)	
Hira										2	2				1		1	1		1
										2.4	2.2				1.8		1.2	1.3		1.2
		(5)								(–) 55	(–) 50		(10)		(20) 41		(–) 28	(–) 30	(4)	(–) 28

TABLEAU VIII (suite)

K	Paris 1e 1	2e 1.1	3e 1.1	4e 1.1	5e 1.1	6e 1.3	7e 1	8e 2	9e 1.1	10e 1.2	11e 1.1	12e 1.1	13e 1.1	14e 1	15e 1.8	16e 2	17e 1.2	18e 1.3	19e 2.2	20e 1.2
Djidjd-el Milia		(2)			(50) 1 1.1 25				1 1.1 25	(4)	(1)	(1) 2 2.2 50	(1) 1 1.1 25	(1)		(2)	(5)	(20) 3 3.9 90	(4) 1 2.2 50	(20) 1 1.2 28
Taher		6 4.6 152							(1)		1 1.1 25	1 1.1 25	1 1.1 25					(3)	(4)	1 1.2 28
Batna et CM Sauf			(1)							1 1.2 28	2 2.2 50	3 3.3 76	(8)			(1)	(3) 2 2.4 55	(8) 3 3.9 90	(3)	(1)
Aurès			(8)	1 1.1 25		1 1.3 30									1 1.8 41		1 1.2 28	(1)	(2)	1 1.2 28
Arrdt Ain Beida	● (Kenchela)	● (1)			(1)			(60)	(2)		(3)	(1) 1 1.1 25	(10) 1 1.1 25	(60) 6 6 138	11 19.8 (260) 455	(12) 2 4 92	(80) 4 4.8 110	(3)	1 2.2 50	1 1.2 28
Biskra				1 1.1 25	1 1.1 25									1 1 23				1 1.3 30		1 1.2 28
Arrdt Tebessa					1 1.1 25						1 1.1 25				1 1.8 41		2 2.4 55			
Arrdt Souk Ahras							1 1 23					1 1.1 25	3 3.3 76		2 3.6 82			1 1.3 30		3 3.6 82
Arrdt Guelma Sauf					1 1.1 25		1 1 23													
Oued Cherf											1 1.1 25		1 1.1 25					1 1.3 30	1 2.2 50	
Philippe-ville									1 1.1 25				1 1.1 25					1 1.3 30		
Zé de l'Arrdt					1 1.1 25															
CM de l'Arrdt					1 1.1 25						1 1.1 25	1 1.1 25	2 2.2 50	1 1 23				2 2.6 60		
Bônes et Zé de l'Arrdt	1 1 23			1 1.1 25														3 3.9 90		
CM de l'Arrdt		2 2.2 50	2 2.2 50										2 2.2 50		3 5.4 126		2 2.4 55	2 2.6 60		

TABLEAU VIII (suite) — Lieux d'origine des Nord-Africains domiciliés dans les diverses communes de la Seine

K	Alfortville 1,3	Asnières 1,3	Aubervilliers 2,4	Bondy 2,7	Boulogne 1,2	Clichy 1,4	Choisy le R. 1,1	Colombes 2,2	Genevilliers 1,1	L'Hay les R. 1	Ivry 1	Levallois 1,1	Montreuil 1,3	Nanterre 2,8	Pantin 1,4	Puteaux 2,7	St Denis 7,2	St Ouen 1,2	Vincennes 1,1	Vitry 1
Alger ville			3 7,2 165		2 2,4 55	1 1,4 32	1 1,1 25	2 4,4 101	1 1,1 25	1 1 23		1 1,1 25		2 5,6 128			1 7,2 165	1 1,2 28		
P.E de l'Arrt						1 1,4 32			1 1,1 25				1 1,3 30				1 7,2 165		1 1,1 25	
Palestro		1 1,3 30			4 4,8 110															
Maillot		(4)	(60)		1 1,2 28			(20)	1 1,1 (40) 25			7 7,7 (4) 177	1 1,3 30		(20)	(1)	(6)	(2)		
Aïn Bessan									3 3,3 76					1 2,8 64						
Aumale									1 1,1 25											
C.M de l'Arrt						1 1,4 32		2 4,4 101	1 1,1 25			8 8,8 202		1 2,8 64				1 1,2 28		
Arrt de Blida			1 2,4 55			1 1,4 32			1 1,1 25			4 4,4 101		1 2,8 64	1 1,4 32					
Arrt de Médéa						1 1,4 32			1 1,1 25									1 1,2 28		
Miliana et P.E																				
C.M de l'Arrt	3 3,9 90		1 2,4 55							1 1 23		1 1,1 25								
Arrt Orléans-ville		1 1,3 30									1 1 23	1 1,1 25	1 1,3 30	1 2,8 64			1 7,2 165			
Tizi Ouzou			1 2,4 55			(2)		1 2,2 (75) 50	(7)	1 1 23		1 1,1 25		3 8,4 193		(20)		1 1,2 (6) 28		1 1 23
P.E de l'Arrt		1 1,3 30	1 2,4 55		5 6 138	2 2,8 64		2 4,4 101	2 2,2 50			4 4,4 101		4 11,2 257						
Dra el Mizan		(1)	1 2,4 (110) 55		8 9,6 (340) 220	1 1,4 (3) 32		(264)	(10)			(2)		1 2,8 64	1 1,4 32	1 2,7 (5) 62	(40)	(6)		
Mizrana			1 2,4 55		1 1,2 28				1 1,1 25											

TABLEAU VIII (suite)

K	Alfortville 1.3	Asnières 1.3	Aubervilliers 2.4	Bondy 2.7	Boulogne 1.2	Clichy 1.4	Choisy 1.1	Colombes 2.2	Genevilliers 1.1	L'Hay les R 1	Ivry 1	Levallois 1.1	Montreuil 1.3	Nanterre 2.8	Pantin 1.4	Puteaux 2.7	St Denis 7.2	St Ouen 1.2	Vincennes 1.1	Vitry 1
Fort Nation. et PE		1 1.3 30	(42)		2 2.4 (160) 55	1 1.4 (10) 32	1 1.1 25	(23)	4 4.4 (2) 101		(10)	(240)	(22)	7 19.6 (210) 450	(5)	3 8.1 (100) 186	2 14.4 (30) 330	1 1.2 (10) 28		1 1 23
Azzefou	(11)		1 2.4 (34) 55				(31)	(2)				(142)			(3)	(4)	4			
Haut Seboon		(30)	3 7.2 (160) 165		1 1.2 58	1 1.4 32		(3)	1 1.1 (28) 25		1 1 23	(150)	1 1.3 30	2 5.6 (3) 128			2 14.4 (270) 330	2 2.4 (13) 55		
Djudju		(10)	2 4.8 (32) 110		2 2.4 (330) 55	(44)		(1)	1 1.1 (10) 25		(10)	(12)	(12)	(1)	(2)	7 18.9 (223) 434	10 72 (1000) 1656	1 1.2 (33) 28	1 1.1 25	
Oran ville									1 1.1 25											
Com. de l'Arrt																				
Arrt Mascara Saida				1 2.9 62					2 2.2 50											
Arrt Morlay Relizan	1 1.3 30	1 1.3 30	(50)R											1 2.8 64						5 (Renault) 5 115
Arrt Sidi Bel Abès								1 2.2 50	3 3.3 76											
Arrt Tidat																			1 1.1 25	
Arrt Tlecmecen				1 2.7 62					3 3.3 76										1 1.1 25	1 1 23
Mamia				(20)	3 3.6 (960) 82			1 2.2 (20) 50	5 5.5 (120) 126			1 1.1 (–) 25		5 14 (230) 322	1 1.4 (–) 32		(14)	1 1.2 (–) 28		
Médroma				4 10.8 (80) 248	(13)				1 1.1 (10) 25			2 2.2 50		3 8.4 (160) 193			(20)			

TABLEAU VIII (suite)

	Alfortville	Asnières	Aubervilliers	Bondy	Boulogne	Clichy	Choisy	Colombes	Genevilliers	L'Hay les R.	Ivry	Levallois	Montreuil	Nanterre	Pantin	Puteaux	St Denis	St Ouen	Vincennes	Vitry
N°	1,3	1,3	2,4	2,7	1,2	1,4	1,1	2,2	1,1	1	1	1,1	1,3	2,8	1,4	2,7	7,2	1,2	1,1	1
Constantine ville									2 2,2 50		1 1 23		3 3,9 90	1 2,8 64				1 1,2 28		1 1 23
P.E. et CM de l'Arrt					1 1,2 28		1 1,1 25		3 3,3 76	1 1 23							1 7,2 165			
Bougie									1 1,1 25		2 2 46									
P.E. de l'Arrt								2 4,4 101												
Soum-mam	6 7,8 (35) 180		15 36 (500) 818			7 9,8 (250) 225			1 1,1 (–) 25	1 1 (–) 23	8 8 (100) 184	3 3,3 (–) 76	1 1,3 (50) 30		3 4,2 (20) 96	4 10,8 (260) 248	1 7,2 (100) 165	5 6 (250) 138	2 2,2 (–) 50	4 4 (20) 92
Akbou	3 3,9 (25) 90		6 14,4 (450) 330				1 1,1 (20) 25	(6)	1 1,1 (60) 25		2 2 (4) 46	1 1,1 (16) 25	10 13 (450) 300	(4)	2 2,8 (30) 64	(3)	2 14,4 (30) 330		2 2,2 (13) 50	1 1 (4) 23
Guergov	1 1,3 (100) 30		6 14,4 (60) 330	3 8,1 186		14 19,4 (250) 450	14 18 (210) 253	(16)	2 2,2 (120) 50		5 5 (200) 115	4 4,4 (200) 101	1 1,3 (40) 30	(3)	2 2,8 (70) 64	(3)	5 37 (320) 850	1 1,2 (40) 28	(6)	11 11 (130) 253
Oued Marsa	(13)	(5)	7 16,8 (200) 552			1 1,4 (1) 32	3 3,3 (280) 76	(7)			(4)		(4)	2 2,4 (20) 128	(20)		1 7,2 (270) 165	2 2,4 (70) 55	(20)	[illegible]
Sétif			1 2,4 55			1 1,4 32	1 1,1 25													
P.E. [illegible]	1 [illegible] 30					1 [illegible] 32	2 2,2 50													
Bitans	4 5,2 (160) 120	5 3,9 (55) 90			(20)	[illegible] [illegible] (110) 354	[illegible] [illegible] 25	(10)	27 28,7 (260) 663		(10)	[illegible] [illegible] (–) 25	[illegible] [illegible] [illegible] 30			(20)	[illegible]	2 2,4 (2) 55		1 1 (5) 23
[illegible]						[illegible] [illegible] (10) 32		(20)	[illegible] [illegible] [illegible] 50				(2)					(2)		
[illegible]		5 6,5 (110) 150	(–)			1 1,4 (40) 32	(20)	(2)	18 [illegible] (250) 328		1 1 (–) 23			[illegible] [illegible] (100) 193					[illegible] [illegible] [illegible]	
[illegible]	(5)						[illegible] [illegible] (200) 500	(3)	[illegible]				(20)	(10)						(10) 23
[illegible]		(5)				[illegible] [illegible] [illegible] 64		(2)	[illegible] [illegible] [illegible] 25						[illegible] [illegible] (–) 32		(5)	[illegible] [illegible] [illegible] 28		
[illegible]																	(5)			

TABLEAU VIII (suite)

	Mont. le	Tenès	Orléansville	Bonch.	Bougzgne	Cherch.	Coloméb.	Kenchela	Lac du F.	Arris	Lavigerie	Tébessa	Tébessa	Pontéb.	Pluteaux	St Denis	St Cyr	Vaucennes	Vitry
	13	13	24	27	12	14	13	22	1	1	1	11	13	28	14	27	32	12	1
Dj. e. Mra	(5)								1 11 25										
Tahar	(5)								1 11 25					1 28 64					
Bona et CM de l'Arr. sauf	1 13 (-) 30		2 48 (-) 110			1 14 (17) 32		1 22 (5) 50		(6)		2 22 (-) 50		(11)			3 36 (10) 82		1 (1)
Aurès						7 98 (40) 225				(4)				(3)	1 14 32	(12)	9 108 (54) 248		(1)
Arr. Aïn Beïda	(Sencheia)					(60)			5 55 (40) 126	3 3 (-) 69		(5)	7 70			(40)	1 12 165	5 6 (-) 138	1 11 (-) 25
Biskra	1 13 30					1 14 32		1 22 50	4 44 101	4 4 92				3 28 166					
Arr. Tébessa		1 13 30									1 23								
Arr. Souk Ahras		1 13 30						1 22 50	3 33 76									1 11 25	
Arr. Guelma sauf						2 28 64	1 11 25					1 11 25	1 13 30						
Oued Cherf		1 13 30							2 22 50				1 13 30	1 28 64					
Philippe-ville																			
P.E. de l'Arr.									1 11 25										
CM de l'Arr.	1 13 30					2 28 64			1 11 25				1 13 30						
Bône et P.E de l'Arr.	1 13 30					2 28 64							1 13 30						1 1 23
CM de l'Arr.		2 26 60	1 28 64		3 36 82				3 33 76	1 1 23		1 11 25							

Dans ces tableaux, 4 chiffres groupés correspondent à chaque élément de population originaire d'un même arrondissement ou d'une même commune d'Algérie (groupées comme dans le tableau précédent) et résidant dans une même commune ou un même arrondissement de la Seine. Le chiffre supérieur en petit caractère correspond au nombre réel de malades hospitalisés et étudiés. Le chiffre situé au-dessous, en petit caractère également, correspond à la multiplication du 1er par le coefficient de pondération K déterminé pour chaque commune (chiffre de malades que nous aurions théoriquement obtenu si l'étude des domiciles avait été faite sur la totalité de l'enquête hospitalière d'ensemble comportant 3.966 cas). Le chiffre intérieur en caractères normaux représente l'estimation de l'élément de population présente dans la commune de la Seine considérée. Il est obtenu, comme dans l'étude du domicile, en multipliant le chiffre précédent par le coefficient 23, l'enquête étant considérée comme un sondage au 1/23. Le chiffre de gauche entre parenthèse est le chiffre indiqué par le BEMMO pour le noyau de population (chiffre correspondant à 1954).

Nous avons ainsi étudié les noyaux signalés par le BEMMO et les retrouvons dans la plupart des cas d'après nos propres données. Les estimations numériques faites d'après nos données n'ont que peu de valeur en raison du peu d'importance de nos échantillons, mais l'existence des noyaux est bien mise en évidence.

Sur 61 noyaux de Nord-Africains originaires d'une même commune d'Algérie, regroupés dans une même commune de la Seine, ou arrondissement de Paris, et comptant plus de 200 personnes, 55 ont été fidèlement retrouvés ; 4 ont été retrouvés, mais sont fortement minimisés dans notre enquête ; 1 seul n'a pas été retrouvé ; 1 noyau n'a pas pu être exploré, notre échantillon pour la commune considérée étant trop faible. Ces noyaux sont encadrés sur les tableaux IX.

Parmi les 4 noyaux très minimisés dans notre enquête, 2 se trouvent à Boulogne, et nous avons déjà signalé la mauvaise qualité de nos données sur Boulogne.

Le noyau du 18e, originaire de Nédroma, minimisé par notre enquête, voisine avec un noyau de Marnia, qui au contraire est majoré dans notre enquête. Marnia étant le chef-lieu de l'arrondissement, il est vraisemblable qu'il s'agit seulement d'une mauvaise indication de lieu de naissance, le nom chef-lieu ayant été seul porté.

Un noyau de Choisy-le-Roi est minimisé.

Le noyau originaire d'Azzefoun signalé dans le 19e n'est pas retrouvé.

Le noyau signalé à Saint-Maur n'a pu être exploré.

La carte 4 montre la situation de ces différents noyaux.

VII. — RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON GÉNÉRAL

Au terme de cette première étude, nous constatons que notre échantillon de malades nord-africains est en bonne corrélation avec la population totale nord-africaine de la Seine, du point de vue : de son évolution numérique au cours des années, de sa courbe d'âge, de sa répartition par catégories socio-professionnelles, de son habitat dans les communes de la Seine et arrondissements de Paris, de ses origines géographiques en Afrique du Nord. Nous pourrons donc le considérer comme suffisamment représentatif pour nos études ultérieures.

Par ailleurs, se trouve confirmée la bonne valeur des données que fournissent : le recensement de 1954, les statistiques du Ministère du Travail, les travaux du Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre.

Cette partie de notre travail visait essentiellement à établir la valeur représentative de notre échantillon. Néanmoins, elle apporte des données sur quelques points particuliers. Estimation de la population nord-africaine dans la Seine en 1947 [a] ; indication sur l'augmentation de la densité de la population nord-africaine, dans le 4e arrondissement ou Nanterre, alors qu'une stabilisation semble se dessiner dans les 19e et 20e arrondissements et à Aubervilliers [b].

Par ailleurs, nous apportons des données sur un point mal précisé : l'émigration des villes d'Algérie.

Voici la répartition des malades hospitalisés selon leur milieu géographique d'origine :

Communes mixtes :	71,20 %
Communes de plein exercice (zones de colonisation) :	16,10 %
Petites villes (de 10 à 30.000 habitants) :	5,55 %
Grandes villes (de plus de 30.000 habitants) :	7,15 %

On trouvera sur le tableau VIII, avec le nombre des malades hospitalisés, l'estimation que nous avons tirée du nombre de Nord-Africains de la Seine originaires de 7 communes urbaines d'Algérie : Alger, Oran, Constantine, Sétif, Bougie, Philippeville, Bône.

Les tableaux IX donnent une idée de la répartition de cette population dans la Seine.

Si nous voulons dégager une impression d'ensemble de ces études démographiques, nous sommes amenés à insister sur deux points :

1) La constance des courants d'émigration, que ces courants soient considérés dans leur ensemble ou dans leur détail. Nous retrouvons des voies permanentes de migration qui conduisent le Nord-Africain de son douar algérien vers des régions bien délimitées de France et même vers des localités bien précisées de ces régions. Les travaux du Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre [1] mettent bien en évidence ces phénomènes, et toutes nos observations les confirment.

2) Il en résulte une grande stabilité des Nord-Africains en France, dans leur lieu de résidence. Nous constatons une remarquable constance de la densité relative de la population nord-africaine dans les communes et arrondissements de la Seine. Nous disons densité relative, car cette constance se maintient malgré un accroissement considérable de la population totale. Elle se maintient de l'enquête de M. Rager en 1951 [2], à celle du BEMMO en 1954 et à la nôtre en 1955-56, pendant que la population nord-africaine de la Seine double.

Cette constatation va à l'encontre d'opinions souvent émises sur la grande mobilité de la main-d'œuvre nord-africaine. Il était intéressant de préciser si cette stabilité d'ensemble de la population nord-africaine résultait d'une compensation bien équilibrée des mouvements individuels ou s'il lui correspondait une véritable stabilité des individus.

---

[a] Cf. *supra*, pp. 33 et suiv. [b] Cf. *supra* p. 50.

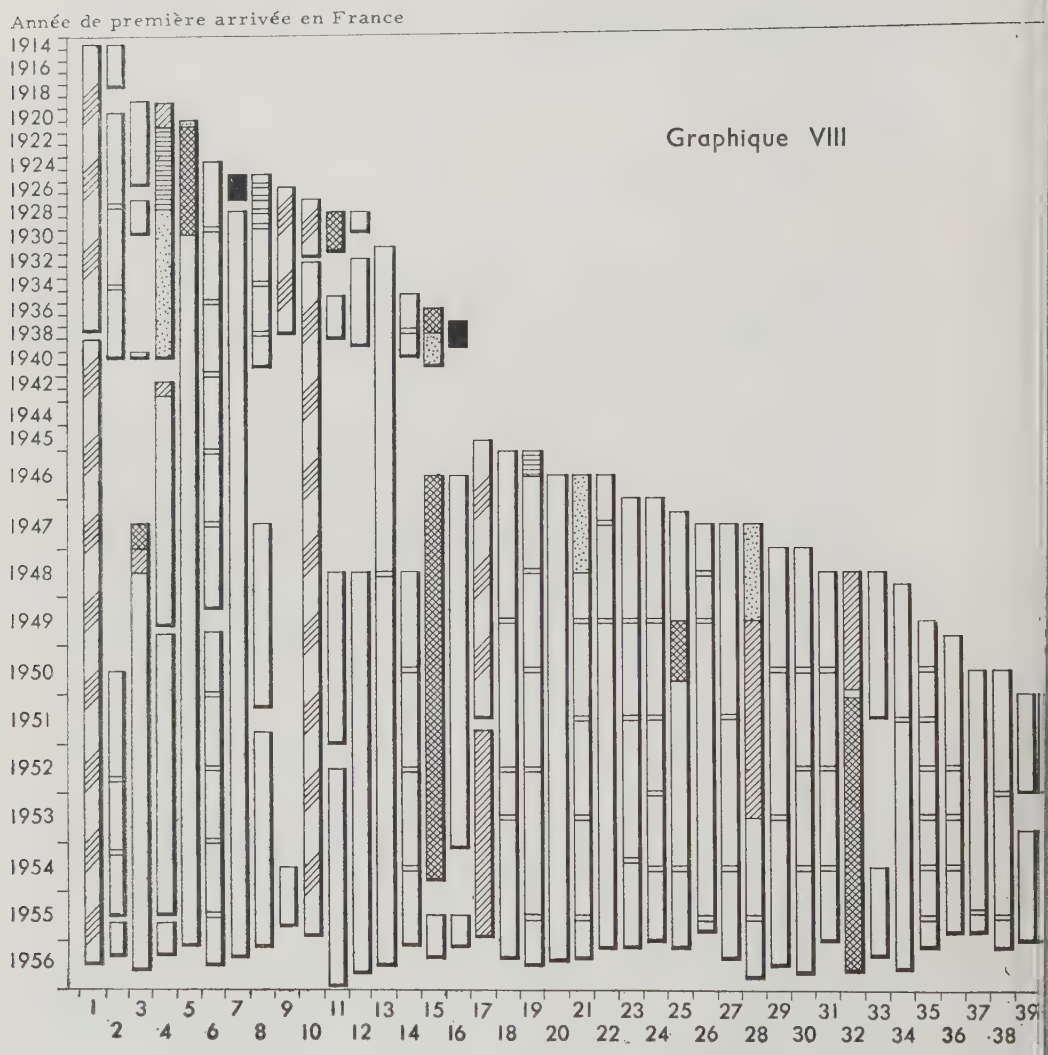
1. — **2** — Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie.

2. — **10** — INED en collaboration avec ESNA. *Les Algériens en France.*

VIII. — ÉTUDE DE LA STABILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES NORD-AFRICAINS EN FRANCE

Cette étude est faite à partir de notre enquête (III) portant sur un échantillon restreint de 83 Nord-Africains hospitalisés dans le service du Docteur Jacquelin à l'hôpital Necker.

Nous avons indiqué [a] comment avait été étudié cet échantillon.



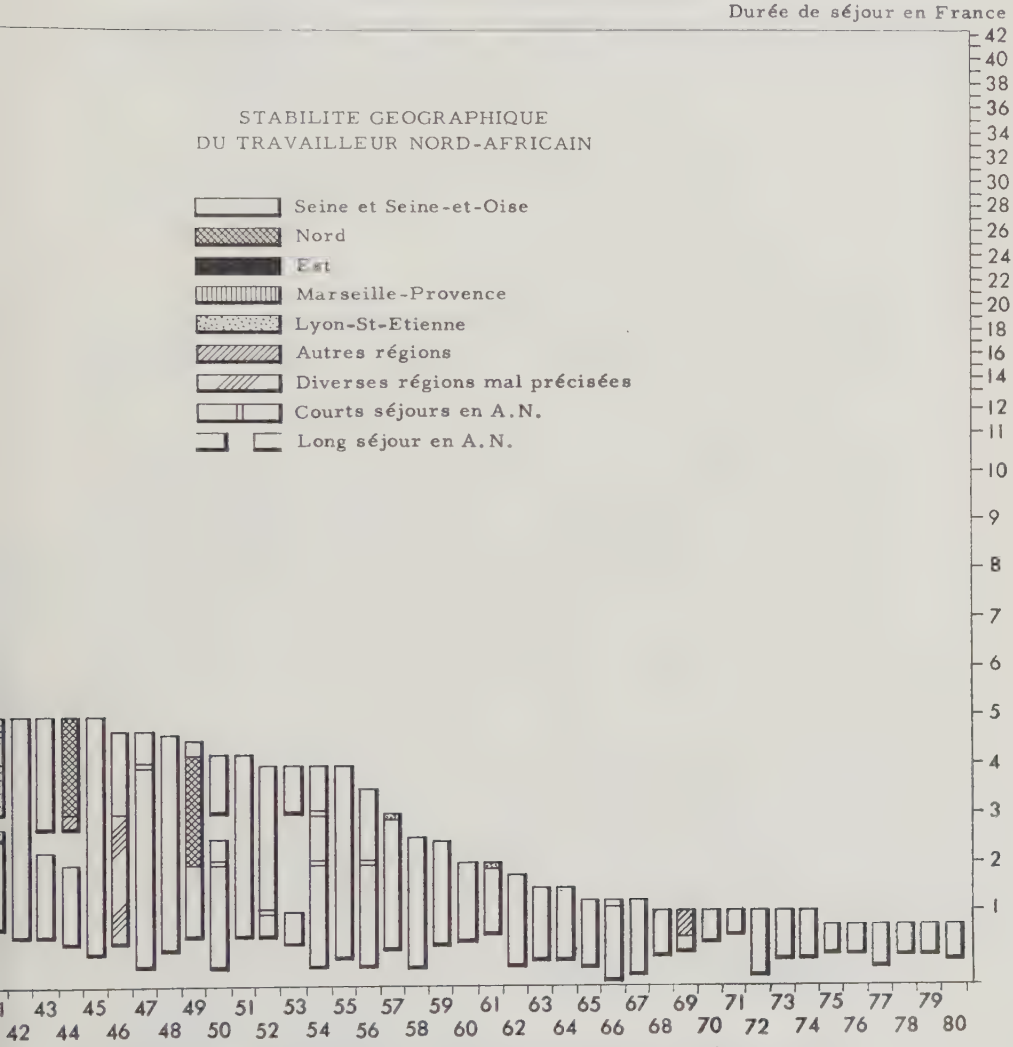
Chaque malade est représenté par une barrette. Les malades sont classés par ordre décroissant de durée de séjour en France. L'interruption de la barrette correspond à un retour prolongé en A. N. La teinte de la barrette indique la région de résidence au cours de la période correspondant à l'échelle de gauche des ordonnées. La teinte blanche correspond au séjour dans la Seine.

---

[a] Cf. *supra*, Introduction p. 18.

Les données que nous utilisons ici ont été recueillies en même temps que les renseignements concernant les antécédents pathologiques des malades (maladies, opérations, accidents, hospitalisations..., etc...) Nous n'avons pas de raison particulière de douter de la sincérité des réponses. Leur précision est nettement supérieure à celle obtenue au cours d'un interrogatoire du même genre subi par un Métropolitain. La mémoire, de caractère « primitif », du Nord-Africain est remarquable. Les dates d'arrivée en France, et même de brefs séjours en Afrique du Nord, sont bien souvent précisées au jour du mois.

Nous étudions au chapitre suivant [a] la valeur représentative de cet échantillon



Nous avons éliminé 3 malades (sur 83) arrivés en France en 1956.
En abscisse sont portés des numéros d'ordre correspondant à chaque individu.
En ordonnée, à gauche les années de 1re arrivée en France, à droite les durées de séjour, ou durée depuis la 1re arrivée en France.

---

[a] Cf. *infra*, Chapitre II, p. 93.

par rapport à l'échantillon, notre enquête (I). Cet échantillon provient presque exclusivement du 15e arrondissement et de Boulogne. Malgré ce fait, et en raison de la variété d'origines de la population de ces 2 secteurs [a], l'échantillon est assez bien représentatif du point de vue des milieux géographiques et des localités d'origine. Par contre, le pourcentage d'individus compris dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans est particulièrement fort. De même le pourcentage de manœuvres dépasse un peu la moyenne. Échantillon de population plus jeune et moins qualifiée professionnellement. Ces deux facteurs variant d'ailleurs corrélativement [b]. Ces caractères feraient généralement considérer cette population comme ayant une tendance particulière à l'instabilité. Nous n'avons donc pas de scrupule à l'utiliser pour cette étude.

La présence, dans le secteur où est puisé cet échantillon, des usines Renault et Citroën, pourrait être considéré comme un facteur favorisant la stabilité des travailleurs. Nous ne discuterons pas ici cette notion, d'autant que notre échantillon ne comporte que 14 Nord-Africains travaillant actuellement dans ces 2 usines.

Le graphique VIII illustre cette étude.

La simple considération d'ensemble de ce graphique indique par sa tonalité claire [c] la prépondérance massive des séjours dans la Seine de ces malades, étudiés dans la Seine.

L'examen détaillé de ces données nous montre que :

— 56 malades, soit 70 %, n'ont jamais séjourné ailleurs que dans la Seine. Les durées de séjour vont de 1 à 42 ans. Elles sont en moyenne de 6 ans 7 mois.

— 13 malades, soit 16,3 %, ont séjourné dans 2 régions.

Tous, sauf 2, ont séjourné dans une première région d'essai avant de se fixer définitivement dans la Seine. Un a fait un court séjour d'1 an dans le Nord entre 2 séjours dans la Seine (cas 25).

Les durées de séjour de ces 12 malades vont de 1 an ½ à 30 ans. Elles ont une durée moyenne de 9 ans 4 mois. Les durées respectives de séjour dans la 1re région et dans la Seine sont en moyenne de 1 an 4 mois et 8 ans.

Le 13e de ces malades (cas 32) a été hospitalisé à son passage à Paris, alors qu'il se rendait en Algérie.

— 5 malades, soit 6,2 %, ont séjourné dans 3 régions.

Pour 4 d'entre eux le séjour dans les 2 autres régions est aussi antérieur, et peut être considéré comme un essai. Les durées de séjour vont de 4 ans ½ à 29 ans. Elles sont en moyenne de 15 ans 8 mois. Les durées respectives du séjour dans les 2 premières régions d'une part et la Seine d'autre part sont de 3 ans 8 mois et 12 ans.

Le 5e malade n'est à Paris que depuis 1 an, après un séjour de 8 ans, depuis la guerre, dans le Nord (cas 15).

— 1 malade, soit 1,3 %, a séjourné dans 5 régions successivement (cas 4). Il est en France depuis 36 ans. Il a séjourné dans 4 régions avant 1944, et réside dans la Seine depuis, soit depuis 12 ans.

---

[a] Cf. tableau VIII.
[b] Cf. *infra*, Chapitre II p. 102.
[c] Cf., légende du graphique VIII.

— 5 malades, soit 6,2 %, ont séjourné dans diverses régions qu'il a été impossible de préciser dans le détail.

2 étaient militaires (cas 10 et 17) et se déplaçaient en fonction de leurs affectations.

1 travaille dans l'hôtellerie et se déplace selon ses engagements au cours des saisons (cas 46).

Pour 1 malade revenu à Paris depuis 1934, il n'a pas été possible de déterminer les diverses régions habitées au cours de 12 années de séjour avant la guerre (cas 9). Nous n'avons pu préciser toutes les régions de séjour pour un malade résidant en France de façon permanente depuis 42 ans (cas 1).

La stabilité de résidence que nous avons observée au niveau des collectivités nord-africaines regroupées en France existe donc bien, également au niveau individuel.

IX. POPULATION FÉMININE

Notre enquête (I) nous a donné un échantillon de 186 femmes musulmanes d'origine nord-africaine qui nous a fourni quelques données intéressantes.

1. — Courbe d'accroissement de la population féminine hospitalisée

Voici les totaux des hospitalisées au cours des semaines témoins étudiées par notre enquête.

	3/1938	47	49	51	53	54	53				56		Total
							1	3	7	10	1	3	
14 hôpitaux de l'AP	1	4	4	4	16	22	22	20	20	18	27	28	186
5 maternités de l'AP	—	—	—	—	—	3	1	7	2	1	4	1	19
Total	1	4	4	4	16	25	23	27	22	19	31	29	205

Le graphique IX montre cet accroissement rapide. Il semble en résulter que l'émigration féminine n'a commencé que vers 1951 et a été surtout forte en 1951, 52 et 53.

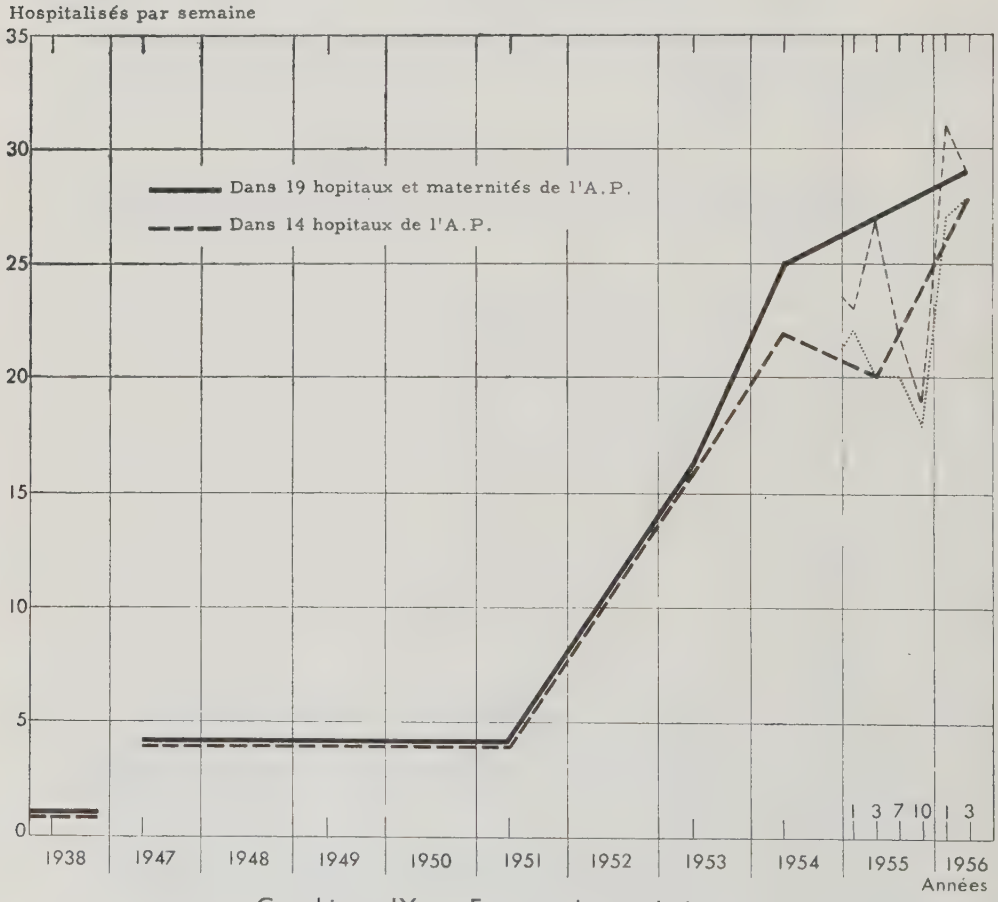
Si nous essayons de faire une estimation du nombre d'hospitalisations annuelles, en multipliant par 52 le chiffre de la semaine de mars, nous obtenons les résultats suivants :

38	47	49	51	53	54	55	56
52	208	208	208	832	1.300	1.404	1.508

Une extrapolation cherchant à obtenir une estimation de la population serait par trop hasardeuse. Nous n'avons aucune raison de penser que le taux de fréquentation hospitalière des femmes est identique à celui des hommes.

Il est probablement plus bas pour les femmes malades. Mais en fait 53 % des hospitalisations sont motivés dans cet échantillon par une grossesse ou un accouchement. Le taux de fréquentation hospitalière est donc fonction pour cette proportion non de la pathologie mais de la fécondité.

L'estimation habituellement faite d'une population féminine nord-africaine dans la Seine de 5 à 6.000 femmes semble être d'un ordre de grandeur raisonnable.



Graphique IX — Femmes hospitalisées

2. — Ages

La courbe d'âge de la population féminine de plus de 15 ans a été donnée lors de l'étude de l'âge dans la population générale[a].

a Cf. *supra* Tableau IV et graphique IV, pp. 37 et 38.

3. — Répartition des lieux de résidence des femmes nord-africaines.

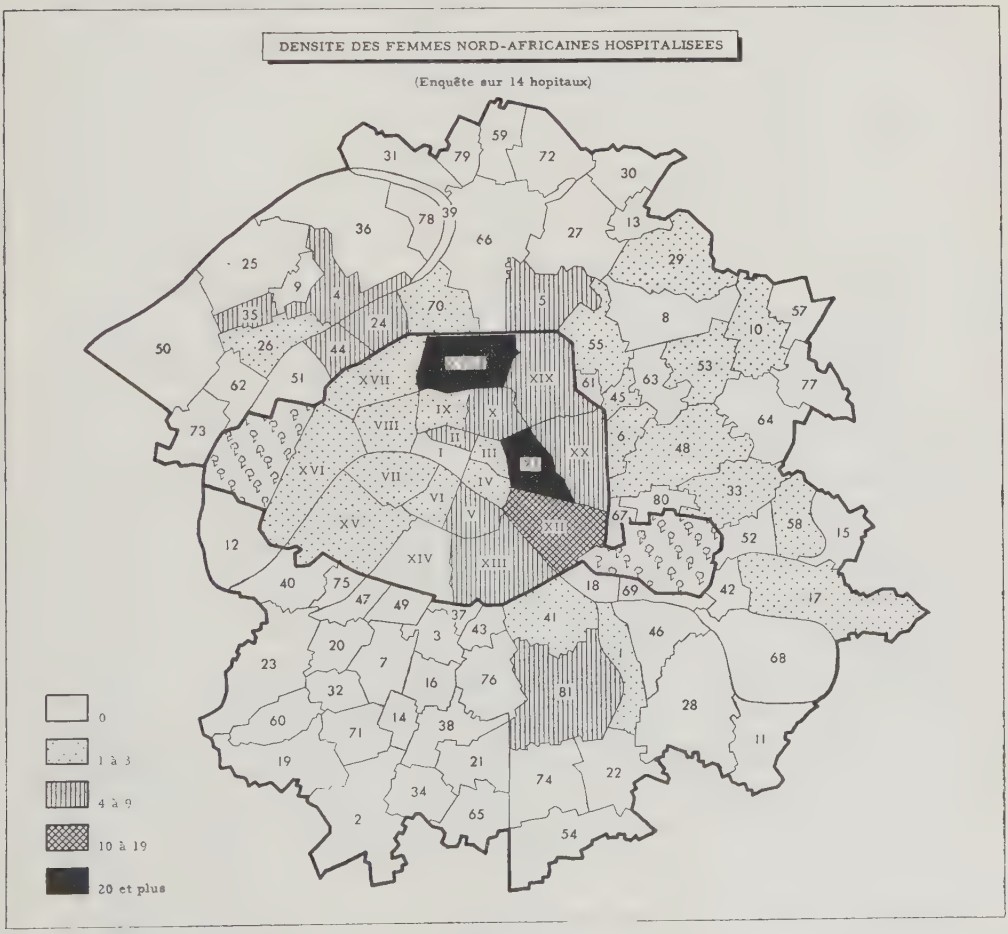
Nous utiliserons pour cette étude l'échantillon de 186 femmes adultes hospitalisées dans 14 hôpitaux de l'AP (Enquête I).

Cette population est comprise dans les chiffres donnés dans la colonne (3) du Tableau VII.

Cet échantillon est bien plus représentatif de la population féminine hospitalisée totale que l'échantillon masculin correspondant. La population féminine est beaucoup plus concentrée dans Paris et les hospitalisées doivent se retrouver dans les établissements de l'AP.

Nous n'avons donc appliqué aucune correction à ces chiffres, que nous présentons bruts. De même, pour les raisons précédemment indiquées, nous n'avons tenté aucune extrapolation à partir de ces données.

Le tableau IX indique la répartition des domiciles des femmes hospitalisées. La carte 5 illustre ces données pour la Seine. Nous constatons que cette répartition des domiciles est très différente de celle observée pour les hommes.



Carte 5

TABLEAU IX — Domicile des femmes d'origine nord-africaine hospitalisées dans la Seine

Communes	Nombre de femmes hospitalisées	Communes	Nombre de femmes hospitalisées
Paris		Alforville	1
S.D.F	1	Asnières	7
1°	–	Aubervilliers	6
2°	7	Bagnolet	3
3°	3	Bondy	1
4°	4	Boulogne	1
5°	6	Champigny	1
6°	2	Clichy	5
7°	1	Courbevoie	1
8°	1	Drancy	1
9°	5	Garenne Colombes	4
10°	7	Ivry	3
11°	22	Levallois	4
12°	10	Les Lilas	2
13°	5	Montreuil	2
14°	–	Noisy le Sec	2
15°	4	Pantin	2
16°	1	Pavillon Sous Bois	1
17°	3	Le Perreux	1
18°	22	St Denis	1
19°	8	St Ouen	3
20°	8	Vitry	4
Total Paris	120 Soit 68,5 %	Total Communes	56 Soit 31,5 %

Les femmes sont beaucoup plus concentrées dans Paris, 68,5 % des femmes dans Paris, contre 55,8 % des hommes, selon le BEMMO, 53,8 % selon notre enquête hospitalière d'ensemble.

Elles sont surtout nombreuses dans le 1/4 Nord-Est de Paris, particulièrement dans le 18e et le 11e.

4. — Lieux d'origine des femmes musulmanes nord-africaines habitant la Seine.

Les données sont également tirées de notre enquête (I).

Sur 186 cas, 150 sont déterminés du point de vue département ou pays d'origine. Sur les femmes originaires d'Algérie, 128 seulement sont déterminées du point de vue de leur commune d'origine.

Voici la répartition par département ou pays d'origine :

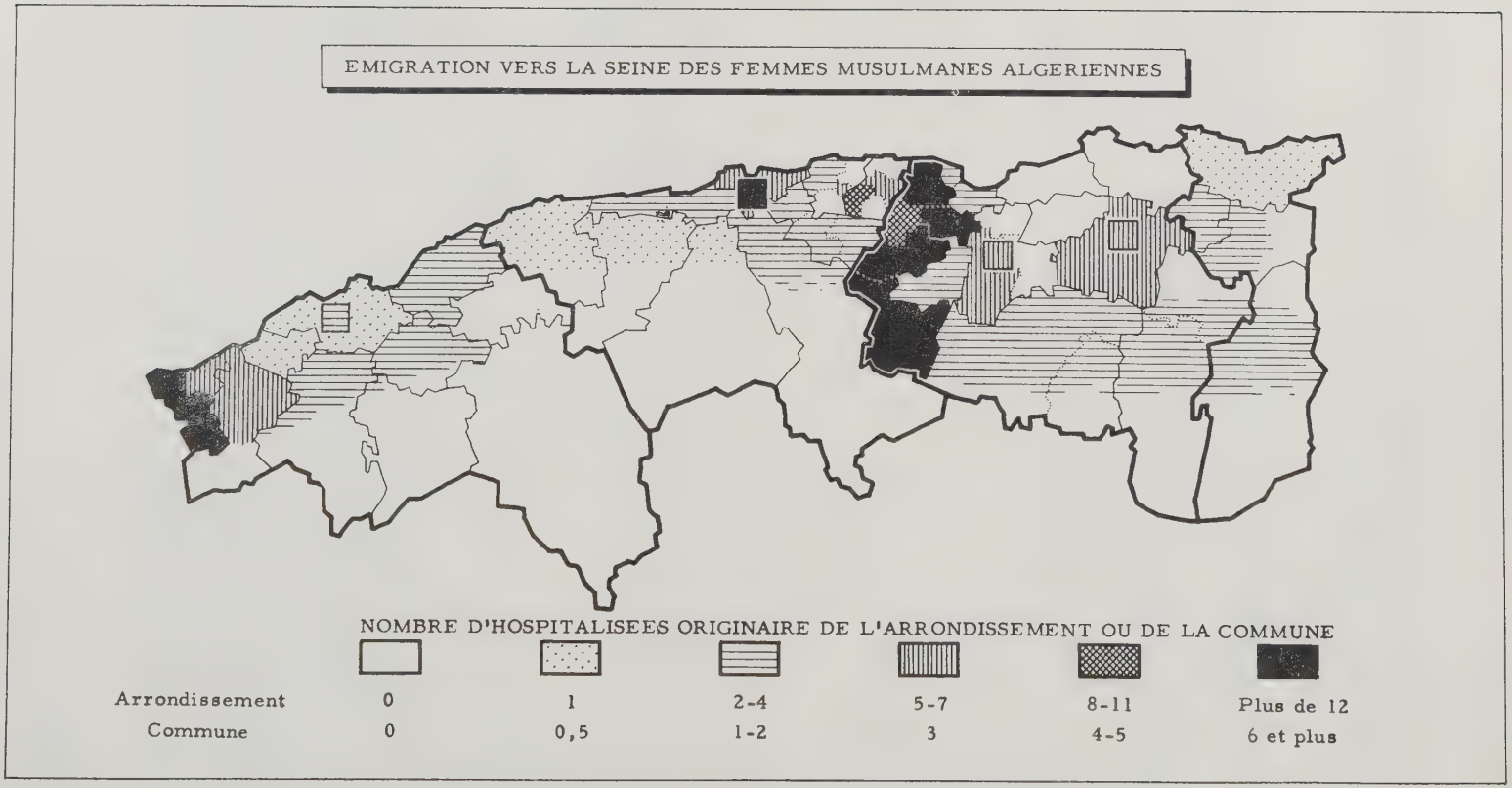
Département d'Alger	41	27,4 %
Département de Constantine	78	52 %
Département d'Oran	24	16 %
Territoires du Sud	—	—
Tunisie	5	3,3 %
Maroc	2	1,3 %
Totaux	150	100

Le pourcentage des femmes originaires du département de Constantine est identique à celui observé chez les hommes. Par contre, les femmes originaires du département d'Oran sont proportionnellement plus nombreuses et celles originaires du département d'Alger moins nombreuses [a]. Cette différence entre les émigrations masculines et féminines sera encore plus marquée si nous l'étudions dans le cadre de l'arrondissement ou de la commune.

Le tableau VII [b] indiquait dans la colonne (2) le nombre de femmes musulmanes originaires d'un arrondissement ou une commune d'Algérie. La carte 6, que l'on pourra comparer à la carte 2, met bien en évidence les différences que l'on observe entre les émigrations masculines et féminines. Pour sa majorité, cette émigration provient des communes mixtes du département de Constantine et de l'arrondissement de Marnia dans le département d'Oran. Non seulement l'émigration du département d'Alger est proportionnellement plus faible que pour les hommes, mais cette émigration provient pour 37,1 % des originaires de ce département, de la ville d'Alger et de son arrondissement. Au contraire l'émigration féminine des communes mixtes de Grande Kabylie est très faible. Nous n'avons pas trouvé une seule femme hospitalisée provenant des communes mixtes de Dra El Mizan et de Djurdjura qui font partie des 7 communes mixtes d'Algérie envoyant le plus d'hommes en France.

---

[a] Cf. *supra* p. 52.
[b] Cf. *supra* p. 53.


EMIGRATION VERS LA SEINE DES FEMMES MUSULMANES ALGERIENNES
NOMBRE D'HOSPITALISEES ORIGINAIRE DE L'ARRONDISSEMENT OU DE LA COMMUNE
Arrondissement 0 1 2-4 5-7 8-11 Plus de 12
Commune 0 0,5 1-2 3 4-5 6 et plus

Carte 6

Si nous étudions cette émigration féminine du point de vue plus général du milieu géographique d'origine, nous obtenons les résultats suivants (sur 167 cas déterminés) :

Originaires de :	Nombre d'hospitalisées	%	% chez les hommes
Communes mixtes	104	62,2	71,20
Communes de P E	20	12,0	16,10
Petites villes	12	7,1 } 25,6	5,55 } 12,70
Grandes villes	31	18,3	7,15
	167	100	100

Nous pouvons donc conclure que les femmes viennent beaucoup plus des villes et ne viennent pas de Grande Kabylie.

X. LES ENFANTS

Les données que nous avons pu rassembler sur la population infantile sont beaucoup plus imprécises et difficiles à interpréter.

En effet, la population infantile est, démographiquement, infiniment plus difficile à définir que la population adulte, dont les limites étaient fixées avec une grande précision en fonction de 2 facteurs : l'un géographique (lieu de naissance), l'autre onomastique (nom et prénoms), ce dernier étant en coïncidence presque absolue avec le facteur religieux.

La population infantile est dans sa grande majorité née en France ; pour une forte proportion issue d'unions mixtes.

Nous nous contenterons donc de présenter les diverses indications que notre enquête a pu nous fournir.

1. — Ménages musulmans et mixtes. Naissances.

Les renseignements que nous possédons ont été tirés de 2 enquêtes distinctes.

Notre enquête (I) nous donne un échantillon de 186 femmes. Ces femmes sont toutes musulmanes, nées en Afrique du Nord. Nous avons sur elles tous les renseignements relevés sur nos fiches d'enquête. Sur ces 186 femmes, 88 ont été hospitalisées dans les maternités des 14 principaux hôpitaux de l'A.P.

Nous avons effectué une enquête dans 5 maternités de l'A.P. Les cas ont été ici relevés, non d'après le lieu de naissance, mais d'après le nom. L'échantillon réunit donc des femmes musulmanes mariées à un Musulman, des femmes européennes mariées à un Musulman, et un cas de femme musulmane mariée à un Européen. Cet échantillon se prête donc à l'étude des mariages mixtes. Malheureusement il est très étroit, ne comportant que 45 cas. Nous ne pouvons en tirer que des impressions mal précisées.

Sur les 186 femmes hospitalisées dans les 14 hôpitaux de l'A. P., 88 l'ont été dans des services d'obstétrique. Sur les 45 femmes hospitalisées dans 5 maternités de l'A. P., 19 étaient musulmanes, nées en Afrique du Nord. Au total nous disposons d'un échantillon de 107 femmes musulmanes hospitalisées en service d'obstétrique.

97 étaient mariées, 8 célibataires, 2 indéterminées.

Le motif d'hospitalisation a été 90 fois un accouchement ; 14 fois une grossesse à surveiller ; 3 fois une fausse couche.

Il est possible de faire une estimation du nombre des naissances au cours de ces deux dernières années. 66 accouchements ont eu lieu dans ces 19 maternités au cours des 6 semaines témoins réparties sur 18 mois. Ceci nous donne une moyenne de naissances de 11 par semaine, et un total annuel de 570 naissances environ.

Nous pouvons accorder une certaine valeur à cette estimation. En effet :

Ces 19 maternités constituent la totalité des maternités publiques de Paris.

Nous avons constaté que la majorité des femmes nord-africaines étaient concentrée dans Paris. De plus, une forte proportion de la population de Banlieue est hospitalisée dans les hôpitaux de Paris.

Les assistantes sociales, connaissant bien les milieux nord-africains, que nous avons interrogées à ce sujet, ont l'impression que la quasi-totalité des femmes musulmane accouchent à l'hôpital.

Il en résulte donc qu'il ne semblerait pas nécessaire de majorer considérablement ce chiffre pour avoir une estimation du nombre total des naissances.

Ces 570 enfants sont issus, pour leur presque totalité, d'unions musulman-musulmane. Les mariages européen-musulmane sont rares. Les 8 célibataires doivent fournir toutefois quelques cas d'union européen-musulmane.

L'échantillon que nous avons recueilli dans les 5 maternités de l'A. P. est malheureusement trop faible pour apprécier l'importance précise des mariages mixtes.

Sur 45 cas, tous de femmes mariées, correspondant à 43 accouchechements, nous trouvons :

— 18 ménages musulman-musulmane
— 26 ménages musulman-européenne
— 1 ménage européen-musulmane.

Nous donnons ces chiffres à titre indicatif. Ils semblent montrer que les ménages mixtes sont plus nombreux que les ménages musulmans. Mais nous ne savons pas si cette proportion est identique dans les hôpitaux de l'A. P., et si la proportion des femmes européennes accouchant à domicile ou en clinique est plus forte.

Nous avons considéré comme trop aléatoire l'exploration de la population féminine métropolitaine vivant maritalement avec des Nord-Africains.

2. — Enfants.

L'enquête portant sur les enfants hospitalisés a été faite dans 3 hôpitaux de l'A.P. : Enfants Malades, Trousseau, Bretonneau.

Le choix des cas a été fait d'après les noms et prénoms. Il a été très difficile.

Nous avons indiqué que dans l'étude de la population adulte, la discrimination entre populations musulmane et israélite avait été faite sans difficulté. En effet, nous possédions 2 éléments de discrimination. Le prénom a presque toujours permis de lever l'incertitude qui pouvait exister sur le nom. Dans le cas des enfants nous savions qu'une partie de la population, qu'elle soit issue de mariages mixtes ou musulmans, porterait un prénom européen. Dans ces cas le prénom ne permettait pas d'échapper à l'indétermination portant sur le nom. Seuls ont été retenus les enfants portant un

nom musulman, donc issus de mariages musulman-musulmane ou musulman-européenne. Les enfants issus de mariages européen-musulmane ou d'union non légitime sont donc exclus.

L'enquête répondait à 6 questions : Nom, prénoms, âge, domicile (seulement Paris, Seine, Seine-et-Oise, Province ou AN), lieu de naissance (France ou Afrique du Nord), diagnostic.

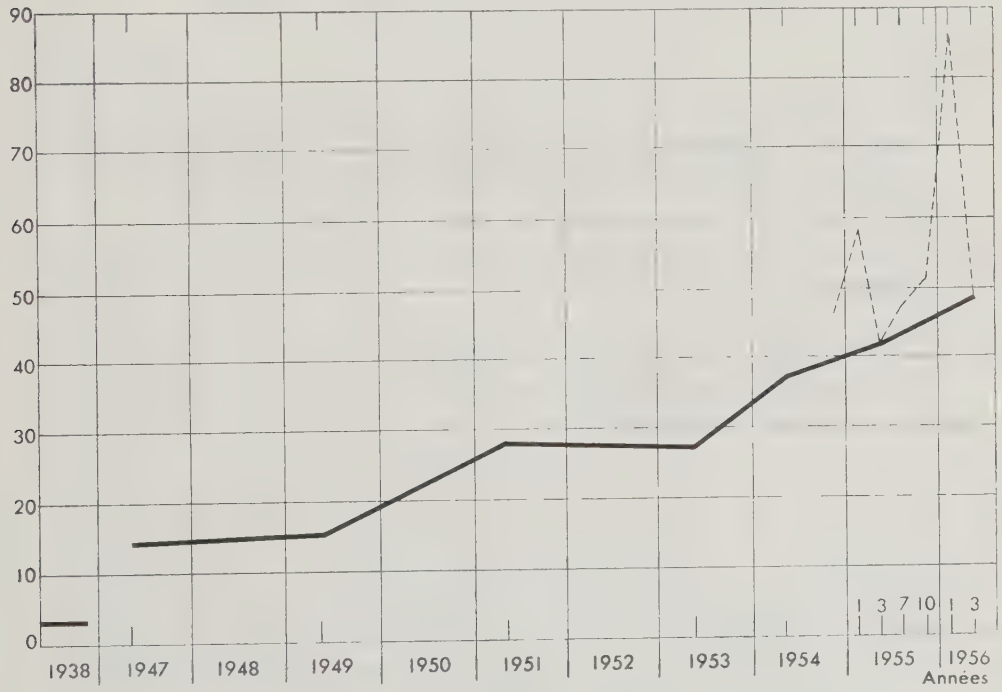
Un simple recensement a été fait à l'Hôpital Hérold.

Nous n'accordons que peu de valeur à notre échantillon et donnons que les quelques indications qui ne nous paraissent pas entachés de trop de grosses incertitudes.

Nombre d'enfants hospitalisés au cours des semaines étudiées.

3/1938	47	49	51	53	54	55				56		Total
						1	3	7	10	1	3	
3	14	15	28	27	37	58	41	47	51	83	48	452

Le graphique X montre l'évolution de cette population. Son accroissement est constant depuis 1949. Nous avions constaté que l'accroissement de la population féminine nord-africaine ne se produisait qu'à partir de 1951. Cette différence est sans doute due à la notable proportion d'enfants issus d'unions mixtes présents dès 1949.



Graphique X — Enfants hospitalisés

Nous ne présentons pas ici de répartition par tranches d'âge. Elle n'a qu'une faible valeur du point de vue démographique, et est davantage fonction, pour cette population d'enfants hospitalisés, de facteurs pathologiques.

Sur 316 cas où le lieu de naissance est connu, nous observons :

— nés en France,	268 soit 84,8 %
— nés en Afrique du Nord	48 soit 15,2 %

Nous pensons donc que l'immigration des enfants venant en France avec leur famille est encore peu importante.

Voici la répartition des domiciles pour 318 cas où il est déterminé :

Paris	269	84,6 %
Communes de la Seine	38	11,9 %
Autres départements	10	3,2 %
Afrique du Nord	1	0,3 %
Totaux	318	100

La concentration dans Paris est donc encore plus accusée que pour la population nord-africaine féminine.

XI. — ÉTUDE COMPARATIVE DES POPULATIONS EUROPÉENNE ET ISRAÉLITE ORIGINAIRES D'AFRIQUE DU NORD

Notre enquête (1) dans les 14 hôpitaux de l'A.P. nous a donné, à côté d'un échantillon de 2.802 NA musulmans, 379 Européens et 312 Israélites nés en A.N. La discrimination de ces 3 populations a été faite d'après les noms et prénoms. Elle n'a pas présenté de grosses difficultés et n'a laissé que peu de cas intéterminés.

Nous possédons donc sur ces 2 catégories de malades les mêmes données obtenues avec la même précision.

Nous indiquerons les principales caractéristiques démographiques de ces 2 populations.

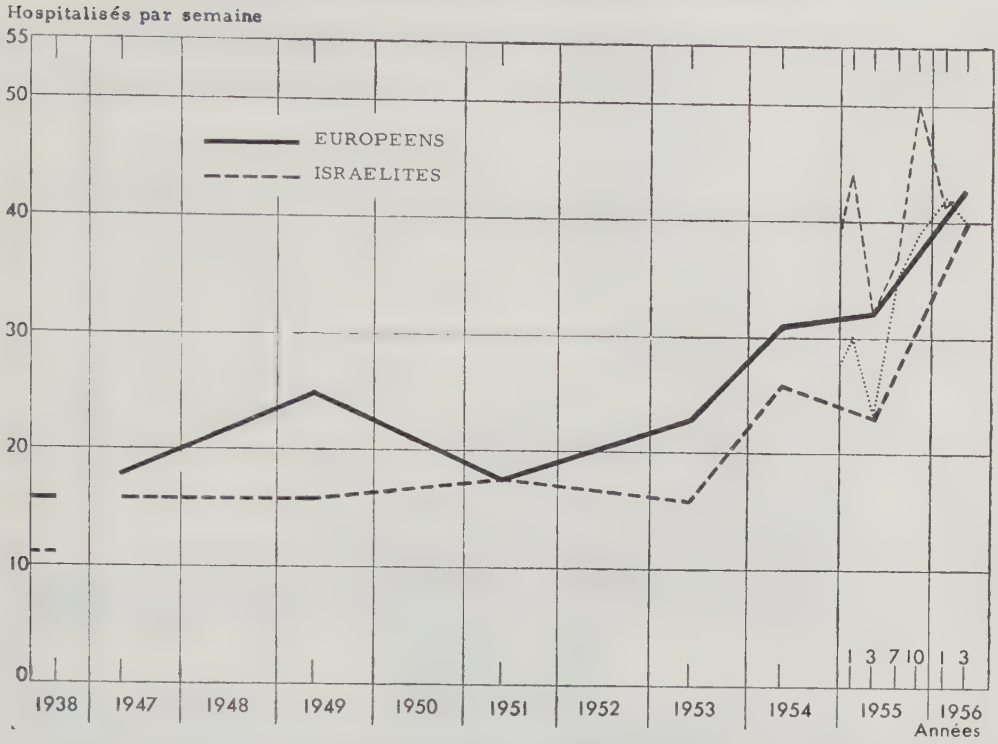
I. — Nombre de malades hospitalisés :

	1938	47	49	51	53	54	55				56	
							1	3	7	10	1	3
Européens	16	18	25	18	23	31	42	32	38	50	41	43
Israélites	11	16	16	18	16	26	30	23	35	39	42	40

Ces populations dont le chiffre restait stable et peu supérieur à celui de 1938, jusqu'en 1951, semblent en augmentation constante depuis 1953.

Le graphique XI montre ce mouvement.

Graphique XI — Hospitalisés européens et israélites



2. — Ages. Voici la répartition par tranches d'âges de ces populations :

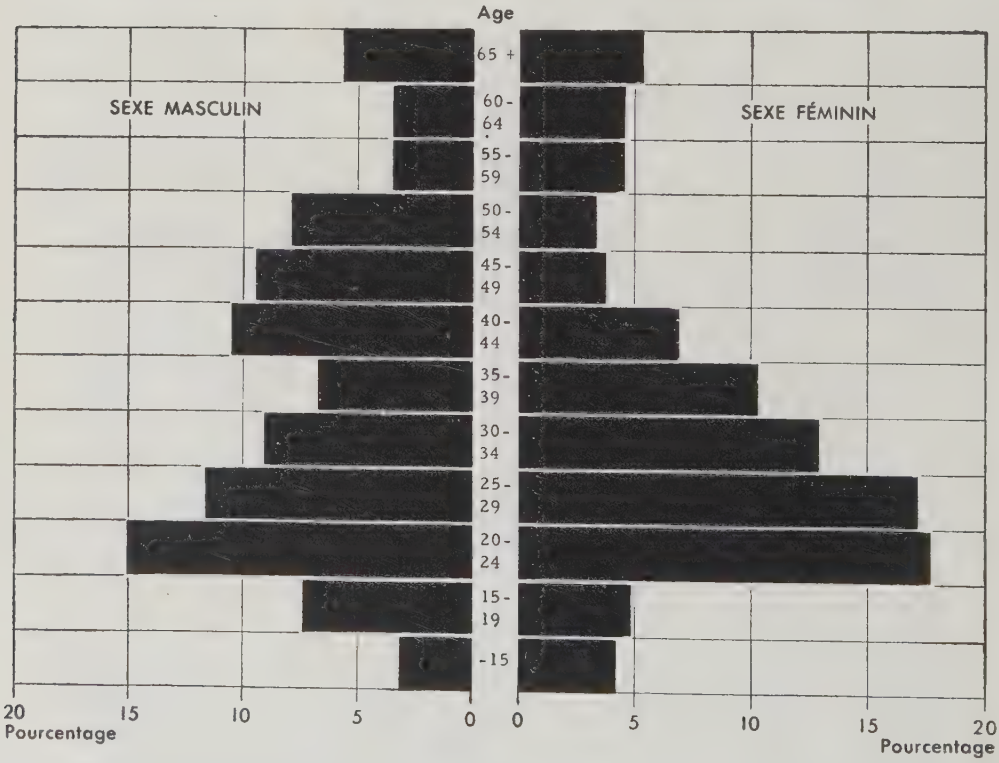
	Européens				Israélites			
	hommes		femmes		hommes		femmes	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
< 15 ans	6	3,1	8	4,2	5	3,1	3	1,9
16 à 19	14	7,3	9	4,8	7	4,3	9	5,9
20 à 24	29	15,1	33	17,6	19	11,8	20	13,1
25 à 29	22	11,5	32	17,1	20	12,4	34	22,3
30 à 34	19	9,9	24	12,8	16	10,0	30	19,7
35 à 39	13	6,8	19	10,1	16	10,0	13	8,5
40 à 44	20	10,4	13	6,9	16	10,0	11	7,2
45 à 49	18	9,4	7	3,7	12	7,4	8	5,2
40 à 54	15	7,8	6	3,2	13	8,1	10	6,5
55 à 64	13	6,8	17	9,0	27	16,8	8	5,2
65 ans et +	22	11,5	20	10,6	9	5,6	6	3,9
	191	100	188	100	160	200	152	100

Les graphiques XII et XIII représentent les pyramides des âges.

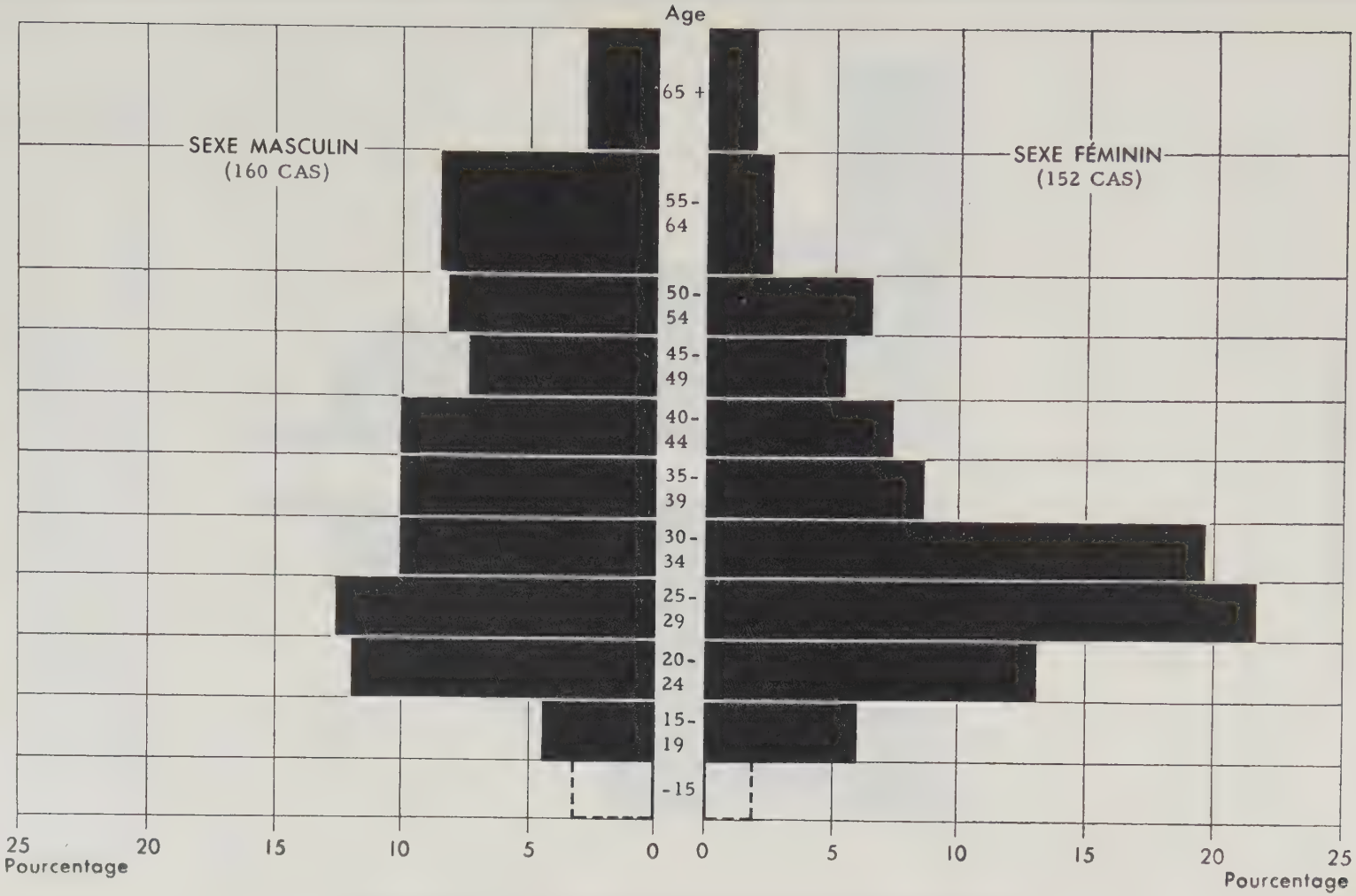
Nous constatons que nous avons affaire à deux populations également très jeunes. Les courbes d'âges des 2 populations féminines s'apparentent absolument aux courbes d'âges des populations nord-africaines musulmanes [a].

La population masculine européenne est, elle aussi, très jeune. La courbe correspondant à la population masculine israélite est plus étalée. Mais le contraste reste frappant si nous faisons la comparaison avec une population de malades hospitalisés métropolitains. Le graphique XIV montre la pyramide des âges de notre population 5 [b]. Cet échantillon correspond aux malades hospitalisés pendant 1 an dans un service de médecine générale adulte de l'Hôtel-Dieu [1]. Il rassemble 2.031 cas. Les Nord-Africains sont exclus. La partie noire correspond à la population classée dans les mêmes tranches d'âges que sur les graphiques précédents. La ligne noire donne la ventilation des tranches d'âges au-dessus de 65 ans, qui deviennent ici prépondérantes.

Graphique XII — Pyramide des âges des Européens hospitalisés

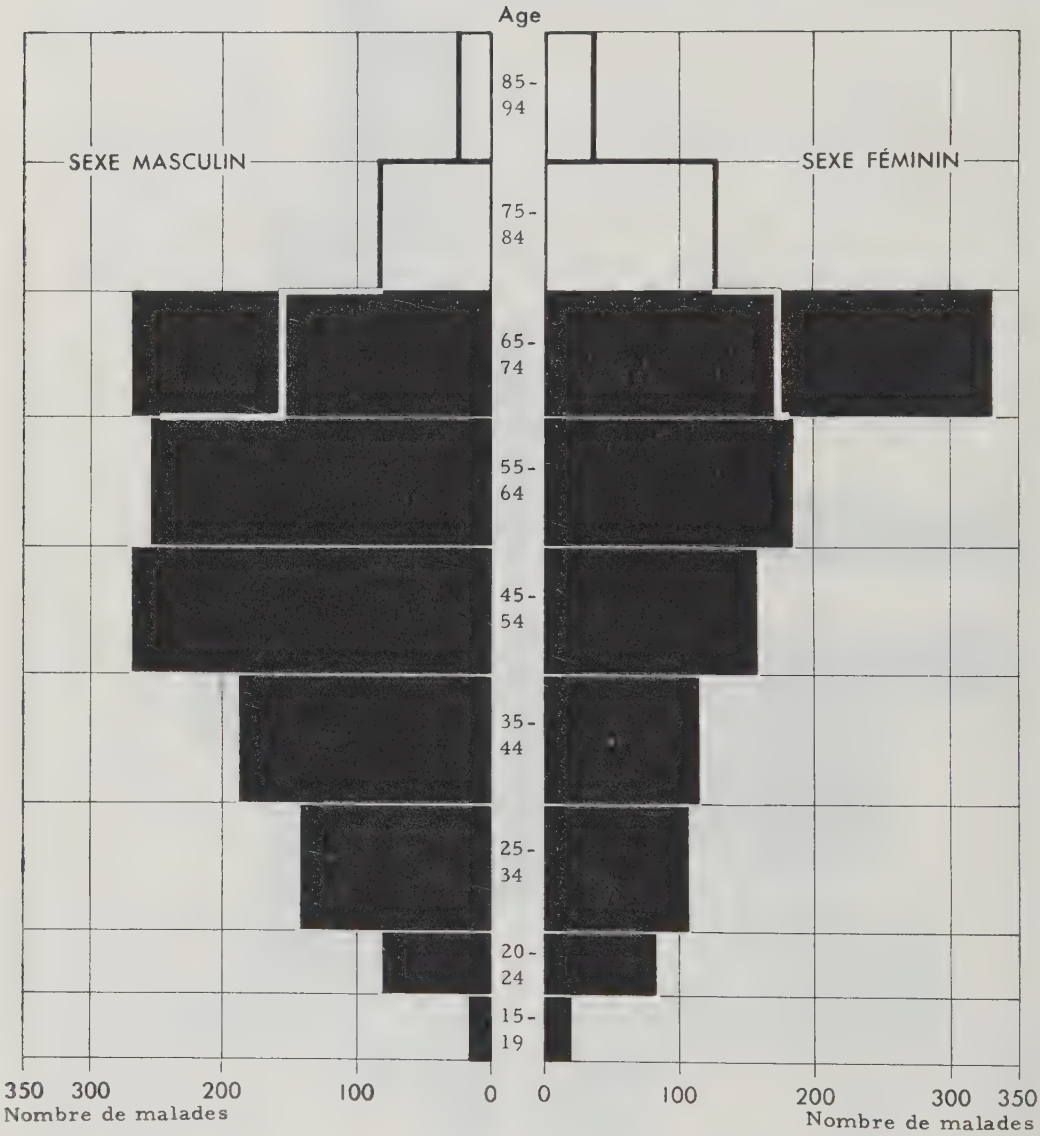


[a] Cf. *supra*, graphique V.
[b] Cf. Introduction (p. xxx).
1. — **21** — Professeur agrégé, H. Péquignot, M. Magdeleine, J. Estève. *Une enquête hospitalière.*



Graphique XIII — Pyramides des âges des Israélites hospitalisés

Graphique XIV — Pyramides des âges des hospitalisés métropolitains



3. — Résidences dans la Seine de la population d'origine nord-africaine, européenne et israélite.

Voici la proportion des habitants de la Seine :

	Européens		Israélites	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Seine	160	168	142	142
S.-et-O. et S.-et-M.	7	3	2	2
Province	4	5	1	1
Afrique du Nord	10	6	6	5
S. D. F.	8	—	7	1
Totaux	189	185	158	152

Voici la répartition des domiciles de ces malades dans les différents arrondissements de Paris. Nous ne donnons pas les chiffres correspondant aux autres communes de la Seine où une faible proportion de cette population est très clairsemée.

	Européens		Israélites	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1er Arrondissement	2	4	—	2
2e —	8	3	2	4
3e —	8	6	7	10
4e —	6	14	19	20
5e —	8	1	3	4
6e —	6	4	1	4
7e —	3	2	2	1
8e —	2	1	—	—
9e —	5	11	11	2
10e —	11	11	14	5
11e —	3	9	6	16
12e —	6	5	4	1
13e —	2	7	1	1
14e —	8	5	6	6
15e —	9	5	7	2
16e —	3	1	2	1
17e —	6	11	4	3
18e —	12	21	23	25
19e —	5	9	4	14
20e —	10	10	7	9
	123	149	127	130

Naturellement nous devons penser que les échantillons que nous étudions doivent être beaucoup moins représentatifs de ces populations que l'échantillon de Nord-Africains musulmans.

Néanmoins les indications que donne cette étude suggèrent certaines ressemblances entre les 3 populations. Les populations européennes et israélites sont concentrées dans le quart Nord-Est de Paris. C'est ce que nous avions déjà observé pour la population musulmane féminine. La densité particulièrement forte dans le 18e arrondissement est une constante pour les 3 populations étudiées et dans les 2 sexes.

Si nous envisageons l'immigration nord-africaine musulmane à la lumière de ces constatations, nous sommes amené à penser que son implantation dans la Seine est conditionnée par deux facteurs.

D'une part, nous constatons une attirance vers les arrondissements et communes périphériques industrielles. Ce mouvement est particulier au travailleur musulman.

D'autre part, la concentration dans le quart N.-E. de Paris et particulièrement dans le 18e est une tendance qui n'est pas spécifique de la population musulmane, mais commune à toute l'immigration nord-africaine musulmane, israélite et européenne. Il n'est pas sans intérêt de souligner ce fait, car l'immigration dans le 18e en particulier, est bien souvent jugée de façon péjorative.

4. — Lieux d'origine.

Voici les départements ou pays d'origine, selon nos échantillons.

	Départ. d'Alger	Oran	Constantine	Territoire du Sud	Tunisie	Maroc	Total
Européens	88	89	64	1	43	16	301
Israélites	63	70	74	2	41	7	257

Notons la forte immigration provenant de Tunisie.

Voici quels sont les lieux d'origine de cette population en fonction du milieu géographique.

	Communes mixtes	Communes de P.E.	Petites villes	Grandes villes
Européens	29	34	32	144
%	12,1	14,2	13,5	60,2 %
Israélites	47	15	79	125
%	17,7	5,7	27,7	46,9 %

Il n'y a pas de remarque particulière à faire sur ces faits qui sont conformes à ce que l'on pouvait supposer. Ces 2 populations viennent en majorité des villes. Les Européens viennent surtout des grandes villes. Les Israélites des villes grandes et petites, très peu de régions agricoles de colonisation (communes de plein exercice, où ils sont moins nombreux).

Les Européens viennent d'Oran, Alger, Constantine, Bône et Sidi-Bel-Abbès, les Israélites d'Alger, Constantine, Oran, Tlemcen et Sétif.

CHAPITRE II

DONNÉES SOCIALES

Les renseignements donnés dans ce chapitre sont tirés pour une part de l'enquête (I) menée dans les 14 hôpitaux principaux de l'Assistance Publique, mais surtout des enquêtes plus approfondies menées dans un service de médecine générale adulte de l'Hôtel-Dieu (enquête II) et dans un service de médecine générale adulte de l'Hôpital Necker (enquête III).

Ces deux derniers échantillons sont beaucoup plus restreints que ceux que nous avons utilisés jusqu'ici. Ils proviennent de zones de la Seine limitées. Il est donc nécessaire d'apprécier dans quelle mesure ils sont représentatifs de la population d'ensemble. Nous ferons en premier lieu l'étude de la valeur de ces échantillons, et rappellerons dans la suite de notre exposé, chaque fois qu'il sera utile, les incidences que pourront avoir les particularités de ces échantillons.

1. *L'échantillon de malades de notre enquête (II)* fait partie des 2.217 malades étudiés par une enquête hospitalière du Professeur H. Pequignot [1] [a]. Il compte 148 cas de Nord-Africains musulmans de sexe masculin.

Nous comparerons les malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu à la population d'ensemble de notre enquête, dont notre étude du Chapitre I montre la bonne valeur représentative. Nous ne possédons pas sur les malades étudiés par l'enquête (I) et l'enquête (II) les mêmes catégories de renseignements. Nous comparerons donc à la population d'ensemble de l'enquête (I) d'une part l'échantillon compris dans l'enquête (I) des malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en médecine, chirurgie ou spécialités, d'autre part l'échantillon fourni par l'enquête (II) hospitalisé dans un service de médecine générale.

Ages : Nous n'avons pas de renseignements tirés de l'enquête (I) sur l'âge des malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu. Il n'a pas été fait de tirage par âge en fonction de l'hôpital. La comparaison de l'ensemble des malades de l'enquête et de ceux de l'enquête (II) montre des répartitions par âges très proches. L'enquête (II) comporte une légère prédominance dans les tranches inférieures à 20 ans et supérieures à 45.

---

1. — **21** — H. Péquignot, M. Magdelaine, J. Estève. *Une enquête hospitalière.*

[a] Cf. *supra*, Introduction p. 18.

	Total enquête (I) ‰	Enquête (II)	
		%	Nombre
15 à 19 ans	2,7	6,1	9
20 à 24	18,4	17,0	25
25 à 34	37,4	36,1	53
35 à 44	22,9	18,4	27
45 à 54	11,7	13,6	20
55 à 64	5,8	6,7	10
plus de 65	1,1	2,1	3
			147

Professions : Dans l'enquête (II) nous ne connaissons pas la profession des malades. Ils sont seulement classés en : actifs, chômeurs, sans profession, retraités.

	Total enquête (I) %	Enquête (I) Hôtel Dieu		Enquête (II)
		%	Nombre	
Commerçants	1,4	4,5	8	
Professions libérales	0,3	—	—	
Employés	1,5	3,4	6	
Ouvriers qualifiés	3,7	5,7	10	
Ouvriers spécialisés	27,8	22,5	40	
Manœuvres	51,8	44,3	79	
Personnel de service	3,8	6,7	12	
Autres professions	—	—	—	69,0 actifs
Sans profession et retraités	3,9	5,6	10	13,9 sans profession
Chômeurs	5,5	7,3	13	10,3 chômeurs
			178	

Dans la population hospitalière à l'Hôtel-Dieu, la proportion d'ouvriers est plus faible. La proportion de commerçants (aussi bien petits commerçants que camelots), d'employés, de personnel de service est plus forte. La proportion de chômeurs et sans profession est plus forte. Elle s'accentue encore dans l'échantillon de l'enquête (II). Un interrogatoire plus poussé fera apparaître, en effet, un certain nombre d'activités mal définies ou épisodiques (travailleurs aux Halles, par exemple).

Sans domicile fixe :

Total enquête (I) %	Enquête (I) Hôtel Dieu		Enquête (II)	
	nombre	%	nombre	%
3,48	13 sur 184	7,06	20 sur 144	13,7

La proportion de « sans domicile fixe » est nettement plus élevée que la moyenne.

Statut de frais de séjour :

	Total enquête (I) %	Enquête (I) Hôtel Dieu				Enquête (II)	
		ensemble		médecine seule			
		nombre	%	nombre	%	nombre	%
Assurés sociaux	77,0	107	58,0	70	75,2	103	71,6
Invalidité	0,15					6	4,0
Accident du travail	14,0	33	18,0	1	1,1		
A M G	0,80					15	
Accident de la voie publique	0,75	7	3,9				
Article 64	0,60						
Autres cas	6,75	37	20,1	22	23,7	20	
Total assurés sociaux	90,6		76		76,3		75,6

Le pourcentage des assurés sociaux est nettement inférieur à la moyenne. Ce fait correspond bien à la plus grande proportion de commerçants, activités mal définies et sans profession.

Milieu géographique d'origine : Nous ne possédons pas de renseignements dans l'enquête (II).

	Total enquête (I) %	Enquête (I) Hôtel Dieu	
		%	nombre
Communes mixtes	71,2	68,0	108
Communes de colonisation	16,1	19,0	30
Petites villes	5,5	3,2	5
Grandes villes	7,2	10,8	17

La proportion de population originaire des grandes villes ou zone de colonisation est un peu plus forte. Mais dans l'ensemble la répartition est très proche.

Domicile : Ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant, peu de malades nord-africains proviennent d'arrondissements ou de communes situées en dehors de la circonscription correspondant à chaque hôpital. Les malades de l'Hôtel-Dieu proviennent en majorité des 1er, 2e, 3e et 4e arrondissements et aussi du 5e.

	Enquête (I) Hôtel Dieu nombre	Enquête (II) nombre
S. D. F.	13	20
1er arrondissement	13	10
2e —	22	18
3e —	35	48
4e —	33	18
5e —	24	13
	140	127
	sur 184, soit 76,0 %	sur 148, soit 85,8 %

Lieux d'origine : La plupart des Nord-Africains de ces arrondissements viennent de Fort-National. Dra el Mizan, La Soumman et Guergour.

La population nord-africaine hospitalisée à l'Hôtel-Dieu se caractérise donc essentiellement par des pourcentages un peu plus forts de petits commerçants, personnel de service, sans profession, chômeurs, sans domicile fixe, et un pourcentage beaucoup plus faible d'assurés sociaux. Au total elle semble moins bien adaptée socialement que la moyenne de la population nord-africaine de la Seine, et nous devrons tenir compte de cette notion.

2. *Échantillon de malades de notre enquête (III)*

Il s'agit de 83 malades nord-africains de sexe masculin étudiés dans un service de médecine générale de l'Hôpital Necker [a]. Nous possédons pour ces malades des renseignements sur tous les points étudiés par notre enquête (I). Nous pouvons donc faire la comparaison directe des données concernant les 2 échantillons.

Ages :

	Total enquête (I)	Enquête (III)	
	%	%	nombre
15 à 19 ans	2,7	7,2	6
20 à 24	18,4	26,5	22
25 à 34	37,4	32,5	27
35 à 44	22,9	13,3	11
45 à 54	11,7	12,1	10
55 à 64	5,8	7,2	6
plus de 65	1,1	1,2	1
			83

La proportion des malades compris dans les tranches d'âges de 15 à 25 ans est nettement plus forte. Il s'agit donc d'une population plus jeune que la moyenne.

Professions :

	Total Enquête (I)	Enquête(I) Necker		Enquête (III)	
	%	nombre	%	nombre	%
Commerçants	1,4	1	0,9	—	—
Employés	1,5	—	—	3	3,6
Ouvriers qualifiés	3,7	6	5,5	2	2,4
Ouvriers spécialisés	27,8	14	12,9	25	30,1
Manœuvres	51,8	69	63,4	41	49,4
Service	3,8	9	8,2	7	8,5
Sans profession	3,9	—	—	4	4,8
Chômeurs	5,5	10	9,1	1	1,2
		109		83	

[a] Cf. *supra*, Introduction p. 18.

Nous avons indiqué les chiffres fournis par notre échantillon de l'enquête (I), concernant Necker, car on y observe une certaine discordance avec ceux que montre l'enquête (III). Les chiffres de l'enquête (III) sont très proches de ceux qui correspondent à la population d'ensemble de la Seine. Ceux de l'échantillon recueilli à Necker par l'enquête (I) montrent un pourcentage nettement plus faible d'ouvriers spécialisés. Cette constatation serait en accord avec le caractère jeune de cette population. Nous ne nous hasarderons pas à tirer des conclusions sur ces chiffres fournis par des échantillons numériquement faibles. Au surplus, nous indiquerons plus loin les difficultés que présente la classification des professions selon leur spécialisation.

La discordance sur le nombre des chômeurs a d'autant moins de signification qu'elle correspond à une discordance inverse sur le nombre des individus sans profession. Leur total reste dans les 2 cas plutôt inférieur à la moyenne.

Sans domicile fixe :

Total enquête (I)	Enquête (III)
3,48 %	4 sur 83 soit 4,9 %

Cette proportion est voisine de la moyenne.

Statut de frais de séjour :

	Total enquête (I)	Enquête (III)
Assurés sociaux	90,6%	93,6 %

Pourcentage légèrement plus fort que la moyenne.

Milieu géographique d'origine :

	Total enquête (I)	Enquête (III)
Communes mixtes	71,20	78,5
Communes de P. E.	16,10	15,3
Petites villes	5,55	3,8
Grandes villes	7,15	2,5

Cette population vient très peu des villes, surtout des communes mixtes.

Domiciles :

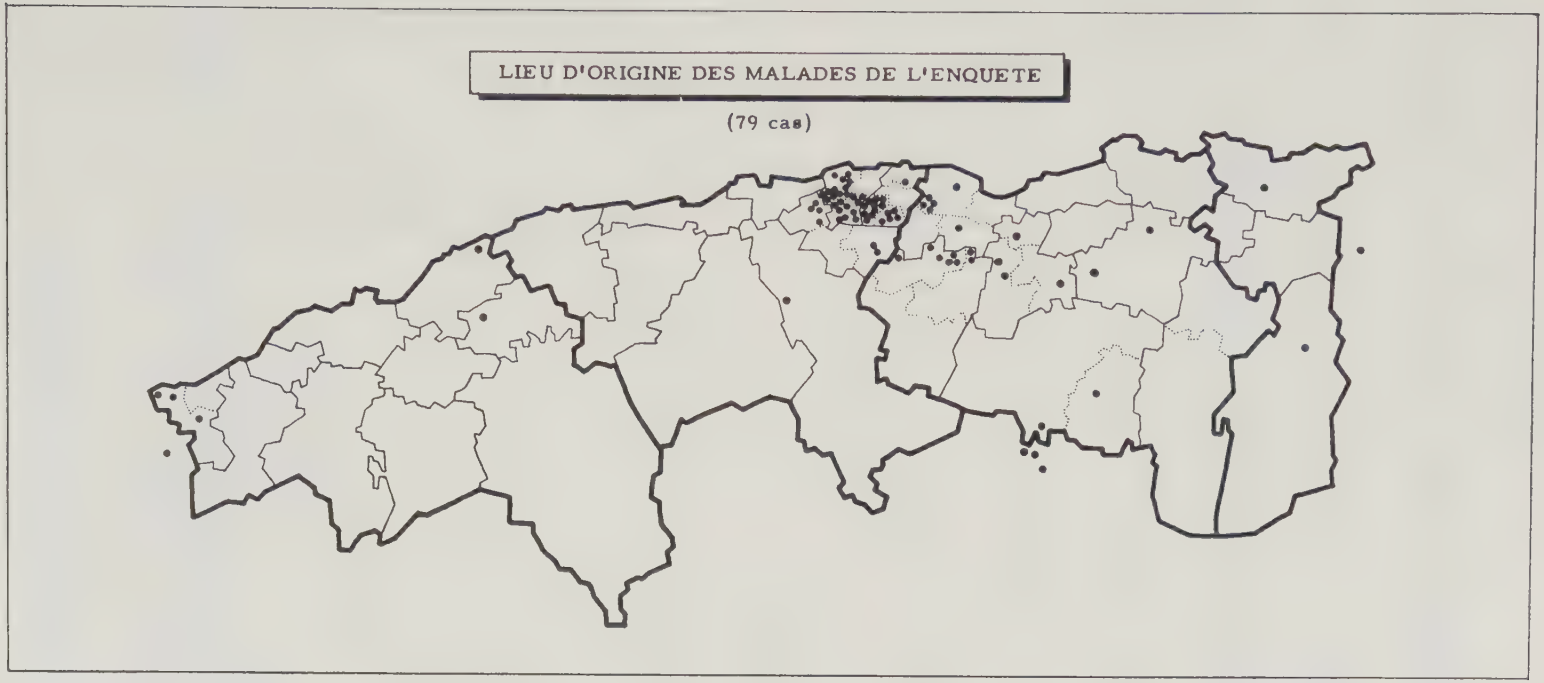
Les malades hospitalisés à Necker sont pour la majorité domiciliés dans le 15e arrondissement et à Boulogne-Billancourt.

	Enquête (I) Hôpital Necker	Enquête (III)
15e arrondissement	59	34
Boulogne	24	24
Totaux	83 sur 118 soit 70,3 %	58 sur 81 soit 71,6 %

Les lieux d'origine de la population NA du 15e sont très variés. La plupart des communes fournissant une émigration notable y sont représentées, depuis Marnia jusqu'à Kenchela. La population de Boulogne provient de Marnia et surtout de Grande Kabylie. Au total, cet échantillon est bien représentatif de ce point de vue de l'ensemble de la population nord-africaine émigrée. Voir tableau I et carte 1.

TABLEAU I — Lieux d'origine des malades de l'enquête III (Hôpital Necker)

Département	Arrondissement	Commune (CPE ou CM)	Localité ou douar	Nombre
Oran	Marnia	Marnia	Marnia	1
			M'Sirda Fouaga	1
			M'Sirda Tahta	1
	Mostaganem	Cassaigne	Achaâcha	1
	Relizane	Zemmora	Zemmora	1
Alger	Aumale	Sidi Aïssa	Ta Fraout	1
	Bouira	Maillot	Maillot	2
		Palestro	Beni Maned	1
			Beni Kholfoun	2
	Tizi Ouzou	Tizi Reniff	Tizi Reniff	6
		Dra el Mizan	Dra el Mizan	4
			Ichoukren	1
			M'Kira	3
			Bou Nouh	2
			Ameloulina	2
			Beni Koulfi	1
		Tizi Ouzou	Tizi Ouzou	3
			Zmenzer	1
		Rebeval	Sebaou el Kedim	1
	Fort National	Fort National	Fort National et 5 douars	10
		Djurdjura	Ogdal	1
			Michelet	2
			Aït Yahia	1
			Ittourar	1
		Azzefoun	Beni Flik	1
Constantine	Bougie	Soummam	Beni Oughlis	4
			Fénaia	1
		Guergour	Dra Kebila	1
	Bordj-Bou-Arreridj	Bibans	Bibans	1
			Tassameurt	1
			El Maïn	1
			Zemoura	3
		Maadid	Aïn Turk	1
	Sétif	Setif	Sétif	1
		Coligny	Messaoud	1
		Takitount	Teniet et Tinn	1
		Eulma	Oued Zaïm	1
	Constantine	Constantine	Constantine	1
		Chateaudun du Rhummel	Chateaudun	1
	Bône	Edough	Penthièvre	1
	Batna	Aurès	Chir	1
	Tebessa	Tebessa	Tebessa	1
(Sud) Touggourt	Touggourt	Biskra	3 douars	4
Maroc				1
Tunisie				1
			Total	79



Carte I

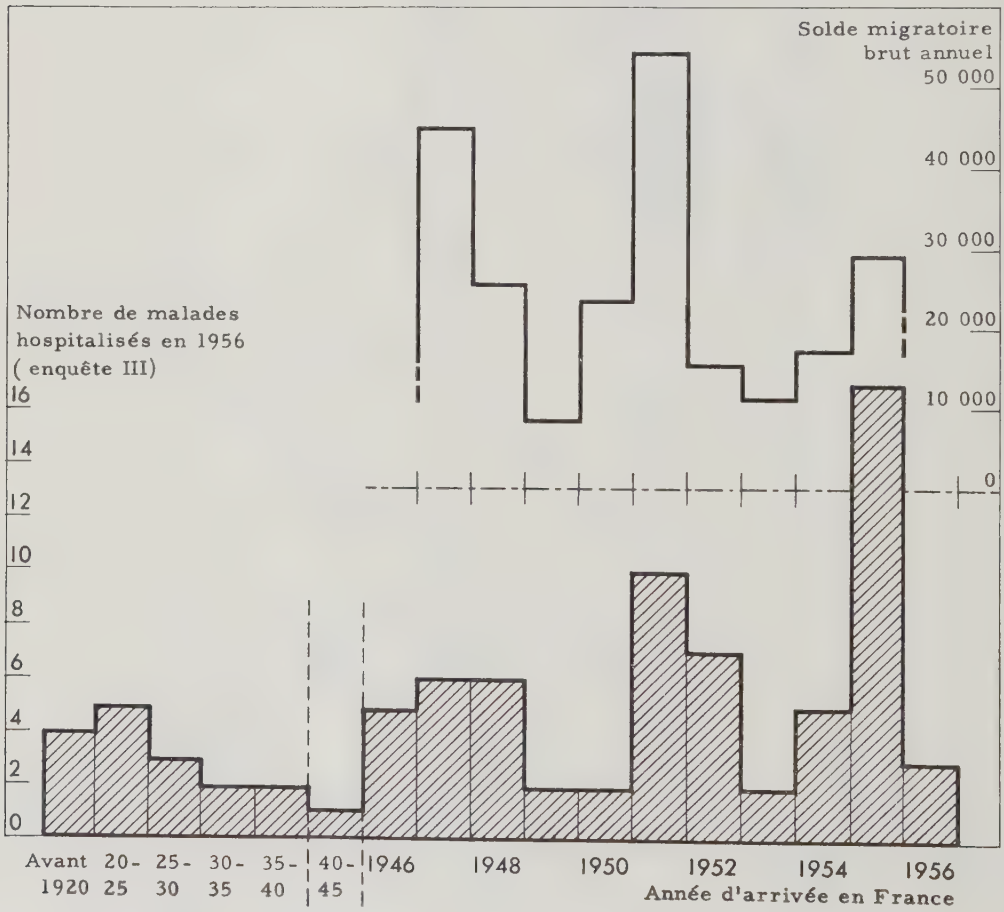
En dehors de sa jeunesse relative, l'échantillon de population nord-africaine hospitalisée à l'Hôpital Necker semble assez représentatif de la population de la Seine.

I. — DONNÉES EN RELATION AVEC LES CAUSES ET LE CARACTÈRE DE L'ÉMIGRATION NORD-AFRICAINE

Ces données sont tirées de l'enquête (III) au cours de laquelle nous avons personnellement procédé à l'interrogatoire des 83 malades hospitalisés.

Nous avons déjà donné dans le Chapitre I divers renseignements tirés de cette enquête [a]. Ils concernaient la date d'arrivée en France de ces malades. La durée de leur séjour en France. Leur stabilité géographique.

Graphique I — Année d'arrivée en France



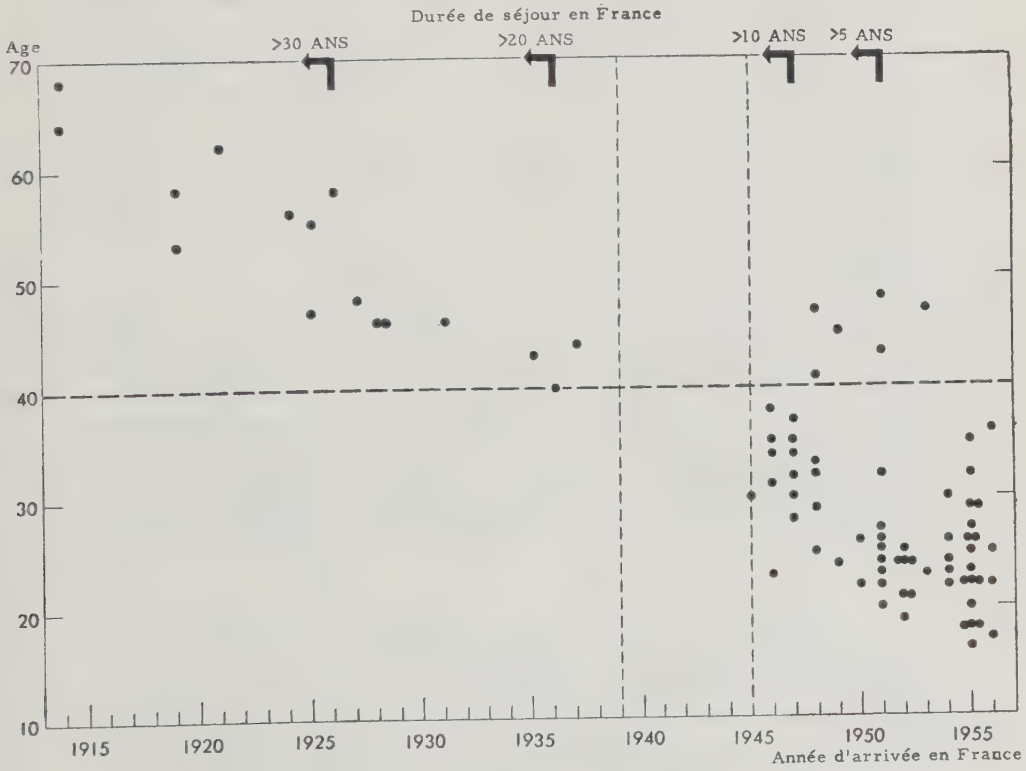
[a] Cf. *supra*, Chapitre I, pp. 68 et suivante et Graphique VIII.

Si nous comparons la proportion de malades arrivés chaque année avec les soldes migratoires bruts annuels, nous observons une assez bonne corrélation, eu égard à la faible importance de notre échantillon (voir graphique I).

Les poussées d'émigration de 1947, 1948, 1951 et 1955 apparaissent nettement. Le peu d'importance numérique de notre échantillon ne nous donne guère le droit de faire une étude quantitative de ces données. Il semblerait que les flots d'immigration apparaissent d'autant moins qu'ils sont plus anciens. Ceci peut s'expliquer naturellement par le retour en Afrique du Nord d'un certain nombre de ces immigrants. Mais nous devons également tenir compte du fait qu'une proportion de plus en plus grande de la population nord-africaine en France se concentre dans la Seine. Si, comme nos données tendent à le montrer, la mobilité de la population nord-africaine sur le territoire français est faible, il faut admettre que les nouvelles poussées migratoires s'orientent beaucoup plus vers la Seine.

Cette corrélation tendrait à prouver que de nombreux immigrés nord-africains ne sont pas repartis dans leur pays, et que leur implantation en France est solide. Des études portant sur des échantillons plus larges seraient nécessaires pour confirmer cette notion.

Le graphique II montre que dans cet échantillon tous les malades de plus de 50 ans vivent en France depuis plus de 30 ans. Le fait que certains, âgés de plus de 40 ans soient en France depuis moins de 10 ans, s'explique par l'interruption de l'émigration pendant la guerre. Même en tenant compte de ces cas, on observe que 86 % des immigrés avaient de 17 à 30 ans à leur arrivée.



Graphique II — Année d'arrivée selon l'âge actuel

Nous observerons cependant un fait qui vient à l'appui de cette impression. Sur les 64 Nord-Africains venus en France depuis la guerre [a], 5 seulement sont retournés en Algérie pour des séjours de plus de 6 mois, dont 3 seulement de plus d'un an. Tous les autres résident en France de façon continue depuis leur arrivée.

Ceci n'exclut pas qu'une notable proportion de ces travailleurs fasse de fréquents voyages en Afrique du Nord pour des séjours courts, correspondant le plus souvent aux congés payés. Sur les 59 autres Nord-Africains, aucun des 24 arrivés depuis moins de 3 ans n'y est retourné. Parmi ceux qui sont en France depuis 3 à 11 ans, 7 n'y sont pas retournés, 13 y sont allés une fois pour un court séjour, 15 y sont retournés 2 fois au moins, souvent régulièrement tous les 2 ans. Les cas des Nord-Africains venus pour la première fois avant 1940 sont plus complexes. On se reportera au Graphique VIII pour les analyser [a].

Nous avons pensé que l'étude de certains facteurs conditionnant la situation économique du Nord-Africain avant sa venue en France, pouvait apporter des indications intéressantes sur les causes de son émigration.

1. — Lieux de séjours en Afrique du Nord. Sur les 83 malades interrogés, 69, soit 83,1 %, n'avaient jamais quitté leur commune ou même douar d'origine avant leur départ pour la France.

14, soit 16,9 %, avaient, avant leur venue en France, travaillé dans d'autres localités d'Afrique du Nord, pendant des périodes allant de 1 à 12 ans. Toujours dans des villes (7 à Alger, 2 à Constantine, les 5 autres à Sétif, Souk Ahras, Tiaret, Mascara, et dans une mine de phosphate). Tous dans des emplois non spécialisés ; par exemple : dans les 7 cas ayant résidé à Alger, les professions exercées étaient : docker, aide-cuisinier, manœuvre, laveur dans un garage, ouvrier communal au service du nettoiement, garçon de café.

Nous observerons donc qu'une faible minorité a cherché un travail, ou a eu la possibilité de le trouver en Afrique du Nord.

Nous remarquerons qu'aucun a cherché de travail dans les régions agricoles de colonisation. Soit que la population qui fournit surtout l'émigration, essentiellement constituée de Kabyles, soit peu tentée par le travail agricole ; soit que la main-d'œuvre locale soit suffisante, ne laissant pas de place à une émigration intérieure, soit que les salaires pratiqués ne soient pas suffisants pour répondre aux nécessités économiques qui poussent le Kabyle à quitter son village. Il est vraisemblable que ces diverses causes jouent simultanément.

2. — Profession du père. Sur les 69 cas où cette donnée a pu être précisée :

Dans 49 cas, soit 71 %, le père était agriculteur (sur une très petite propriété le plus souvent) ou ouvrier agricole dans sa commune d'origine ;

---

[a] Cf. *supra*, Graphique VIII p. 68, Chapitre I.

11, soit 26 %, avaient une autre profession, en Algérie : 8 petits commerçants, 1 employé, 3 retraités militaires, 1 sans profession.

9, soit 13 %, étaient manœuvres ou ouvriers spécialisés dans l'industrie, mais tous en France où ils avaient fait venir leur fils.

3. — Profession exercée avant la venue en France.

Sur 74 cas où la donnée a été précisée :

14 étaient sans profession. Pour 4 seulement leur âge expliquait le fait.

17 aidaient leur père, petit agriculteur ;
17 étaient ouvriers agricoles épisodiques ou saisonniers dans leur commune d'origine ;
4 étaient petits agriculteurs ;
8 personnel de service ;
7 manœuvres ;
3 ouvriers spécialisés (2 maçons, 1 ouvrier tailleur) ;
2 commerçants ;
1 employé ;
1 militaire.

Ces données sont, certes, limitées et fragmentaires. Elles évoquent toutefois : le manque de débouchés offerts sur place à la main-d'œuvre nord-africaine ; l'absence complète de qualification de cette main-d'œuvre à son départ pour la France.

II. — SITUATION DE FAMILLE

La situation matrimoniale du Nord-Africain musulman est plus difficile à préciser que celle du Métropolitain. Des notions comme celle de séparation ou divorce sont souvent plus floues : Un Nord-Africain interrogé pourra même donner à ce sujet des réponses contradictoires. Si par exemple il est en France depuis de longues années sans contact avec sa femme laissée en Afrique du Nord, et souvent depuis longtemps sans nouvelles, il pourra aussi bien dire qu'il est marié, non marié, séparé ou divorcé. Ceci explique les résultats parfois discordants que nous fournissent des enquêtes et des interrogatoires menés de façons différentes.

1. — *Données générales fournies par l'enquête I.* Elles sont apportées par l'étude de 2.418 cas dans lesquels la situation de famille est déterminée. Cette donnée résulte de la déclaration faite par le malade à l'entrée à l'hôpital. Elle ne précise que 4 types de situation : célibataire, marié, divorcé, veuf.

2. — *Données fournies par l'enquête II.* Elles résultent d'interrogatoires personnels faits par des assistantes sociales.

Elles précisent des situations telles que : séparé, vivant maritalement.

Elles montrent une forte proportion de : divorcés et séparés. Notons que l'enquête a été faite en vue de l'étude totale des malades du service et n'était pas axée sur l'étude des Nord-Africains. Les assistantes sociales n'étaient pas spécialement informées des problèmes particuliers qu'ils soulevaient. L'une d'elles m'a fait part de la difficulté rencontrée pour préciser les situations de famille.

Ces données sont indiquées parallèlement à celles fournies par les 2 autres enquêtes. Elles portent sur 146 cas.

3. — *Données fournies par l'enquête III.* Elles résultent des interrogatoires que nous avons conduits personnellement auprès de 83 malades.

Nous en donnons ici les résultats globaux. Nous analyserons ensuite certains renseignements plus précis que nous avons pu obtenir.

	Enquête (I)		Enquête (II)		Enquête (III)	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Célibataires	1320	54,7	72	49,3	33	39,6
Mariés	1022	42,3	44	30,1	45	54,2
Veufs	38	1,5	5		2	
Divorcés	38	1,5	5		—	
Séparés			12	11,6	2	
Vivant maritalement			5		1	
Totaux	2418	100	146		83	

On est frappé par la forte proportion des célibataires. Elle est certainement beaucoup plus forte que dans la population résidant en Afrique du Nord. Le seul fait de l'émigration réduit le nombre des mariages.

Nous observons, ainsi que nous l'avions indiqué, des discordances entre les divers échantillons. Notons que le recensement de l'INSEE en 1954 indique, sur une population de 180.700 musulmans d'origine nord-africaine de sexe masculin, de plus de 15 ans présents en France, 90.240 mariés, soit 49,93 %. Ce taux est intermédiaire entre les différents chiffres que nous obtenons. Il doit être considéré comme une moyenne satisfaisante.

Nous tirerons, des renseignements apportés par notre enquête (III), certaines indications sur les charges de famille supportées par les travailleurs nord-africains émigrés en France. Sur les 33 célibataires :

— 19 n'ont aucune charge de famille.

— 14 ont des personnes à charge en Afrique du Nord.
(de 1 à 9 personnes, en moyenne 2,5)
13 cas où le célibataire a sa mère à charge ;
4 cas où de plus le père âgé est à charge ;
8 cas où s'ajoutent des frères et sœurs en bas âge.

Sur les 45 mariés :

— 44 ont leur femme en Afrique du Nord, tous ont des personnes à charge (de 1 à 8 personnes, en moyenne 3,5).
Nombre d'enfants par ménage :
10 ménages ont 0 enfant
9 — — 1 —
8 — — 2 —
4 — — 3 —
6 — — 4 —
4 — — 5 —
1 — — 6 —
2 — — 7 — en moyenne 2,3

Mais de plus, dans 10 cas, la mère, le père âgé ou même des frères ou sœurs en bas âge sont à charge.

Par contre dans 3 cas des enfants (1 dans 1 cas, 2 dans 2 cas) sont venus rejoindre le père et travaillent en France.

— 1 est marié à une Nord-Africaine qui réside avec lui dans la Seine ; il a 1 enfant.
— 2 sont veufs sans personne à charge.
— 2 sont séparés : l'un de sa femme restée en Algérie, l'autre de sa femme française,
— 1 vit maritalement avec une Française.

Au total sur ces 83 Nord-Africains, 60, soit 72,3 % ont des personnes à charge en Afrique du Nord.

III. — PROFESSION

Nous avons étudié les professions des Nord-Africains de la Seine dans le cadre de la classification par catégories socio-professionnelles établi par l'INSEE. Nos documents de base n'étaient pas assez précis pour rechercher une analyse plus approfondie.

Malgré la simplicité de cette classification, les difficultés et les incertitudes que nous avons rencontrées doivent faire considérer avec prudence les chiffres que nous avons obtenus dans notre enquête (I).

La profession indiquée sur les registres d'hôpitaux est celle déclarée par le malade. Cette déclaration est parfois sujette à caution. Dans de nombreux cas, cependant, elle est confirmée par la présentation de la dernière feuille de paye.

La seule classification dans l'un des 9 groupes socio-professionnels que nous avions adoptés était souvent impossible. Par exemple, l'indication de la profession « coiffeur » ne permet pas de savoir s'il s'agit d'un « artisan » ou d'un « personnel de service ».

Deux études étaient spécialement intéressantes :

1. La classification par catégories précisant la qualification dans le groupe socio-professionnel des « ouvriers » qui est le plus important. Si la distinction de la catégorie « manœuvre » est relativement facile, il n'en est pas de même de la distinction entre ouvrier spécialisé (OS) et ouvrier qualifié (P). Nous avons adopté la classification donnée par l'index alphabétique des catégories socio-professionnelles de l'INSEE. Cette méthode qui classera automatiquement le « couvreur » ou le « trempeur » ouvriers qualifiés, l'« ébarbeur » ou l'« emballeur » ouvriers spécialisés peut être assez arbitraire. Du moins permet-elle une comparaison entre nos résultats et les données établies sur les mêmes bases par l'INSEE ou le Ministère du Travail.

2. Il était également intéressant de distinguer entre le « sans travail » (chômeur) et le « sans profession ». Mais cette distinction était très difficile. Ces deux catégories étaient identiquement indiquées sur les registres d'hôpitaux par « néant » « O » ou « — ». Nous avons classé dans les « sans travail » ceux qui étaient par ailleurs indiqués comme assurés sociaux. Sauf lorsqu'ils étaient jeunes ($>$ 18 ans) ou âgés ($>$ 60 ans). Une catégorie n'a pu être individualisée : « ne travaillant pas pour des raisons de santé ». Ceci est regrettable, car les cas entrant dans cette catégorie sont plus nombreux dans notre échantillon que dans la population nord-africaine d'ensemble. Ceci contribue à coup sûr à gonfler la proportion des chômeurs, car ces malades sont le plus souvent assurés sociaux.

L'enquête (II) ne donnait pas d'indication de la profession. Les seules catégories prévues étaient : actif, chômeur, sans profession, retraité, mais aussi : ne travaillant pas pour raison de santé.

Dans notre enquête (III) nous avons recherché toutes les précisions possibles, confirmées le plus souvent par la dernière feuille de paye.

Dès le premier examen de nos résultats, nous sommes frappés par la très forte proportion de population active :

	Enquête (I)	Enquête (II)	Enquête (III)
Actifs	96,10 %	79,7 %	90,4 %
dont chômeurs	(5,50 %)	(10,5 %)	(1,2 %)
sans profession	3,90 %	12,6 %	9,6 %
Ne travaillant pas pour raison de santé		7,7 %	

La proportion des individus actifs est nettement moins forte dans l'échantillon de l'enquête (II). Nous avons vu au début de ce chapitre les particularités de la population hospitalisée à l'Hôtel-Dieu à cet égard.

Cette forte proportion de travailleurs actifs ne nous étonne pas, car cette population est jeune dans son ensemble, et nous savons que son émigration en France est imposée par la nécessité de rechercher du travail, et de faire face à des charges de famille.

La répartition de cas étudiés par nos enquêtes (I) et (III) par groupes socio-professionnels, et, pour certains groupes par catégories socio-professionnelles, est donnée par le tableau III.

L'énorme majorité de cette population fait partie du groupe des ouvriers : dans l'enquête (I), 92 % de la population active pourvue d'un emploi ; dans l'enquête (III), 88 %.

La qualification de cette population ouvrière est très faible. 61 % sont manœuvres, 33 % ouvriers spécialisés. Or la dénomination « ouvrier spécialisé » ne correspond pas à une réelle qualification. Encore savons-nous que la proportion d'ouvriers spécialisés est nettement plus forte dans la Seine que dans l'ensemble de la France [a].

Le Tableau II indique la répartition des professions selon l'âge. Nous en avons tiré la proportion des ouvriers qualifiés spécialisés et manœuvres selon l'âge. Nous indiquons également la proportion de chômeurs. Le graphique III met ces données en évidence. Nous observons que la qualification ouvrière augmente avec l'âge pour être maximum entre 30 et 40 ans. Au delà de cet âge elle diminue. On peut penser que la population comprise dans les tranches d'âges supérieures à 45 ans, n'a bénéficié d'aucune instruction et n'a pu acquérir de qualification, même dans les cas où les travailleurs sont en France depuis de très longues années.

[a] Cf. *supra*, Chapitre I, p. 39.

TABLEAU II — Catégorie socio-professionnelle selon l'âge

	Agriculture	Commerce	Prof libérales Cadres sup.	Employés	Maîtrise	Qualifiés	Spécialisés	Manœuvres	Service	Autres	Sans Emploi	Sans profession
Moins de 15 ans	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7
15 à 19	–	1	–	1	–	2	10	42	4	–	3	5
20 à 24	–	4	–	4	–	12	108	294	9	1	17	7
25 à 29	–	3	1	11	2	26	166	280	15	1	20	9
30 à 34	1	8	–	7	–	20	113	177	15	–	33	13
35 à 39	–	4	–	4	–	17	96	153	7	1	19	13
40 à 44	–	2	–	3	2	9	77	120	15	2	12	3
45 à 49	–	2	–	1	1	5	45	95	14	–	10	7
50 à 54	1	4	–	–	–	1	26	54	8	–	5	5
55 à 64	–	6	–	5	1	–	37	58	5	1	14	13
plus de 65	–	–	–	–	–	–	5	3	1	–	2	14
	2	35	1	36	6	92	683	1276	93	6	135	96

Graphique III — Qualification professionnelle selon l'âge

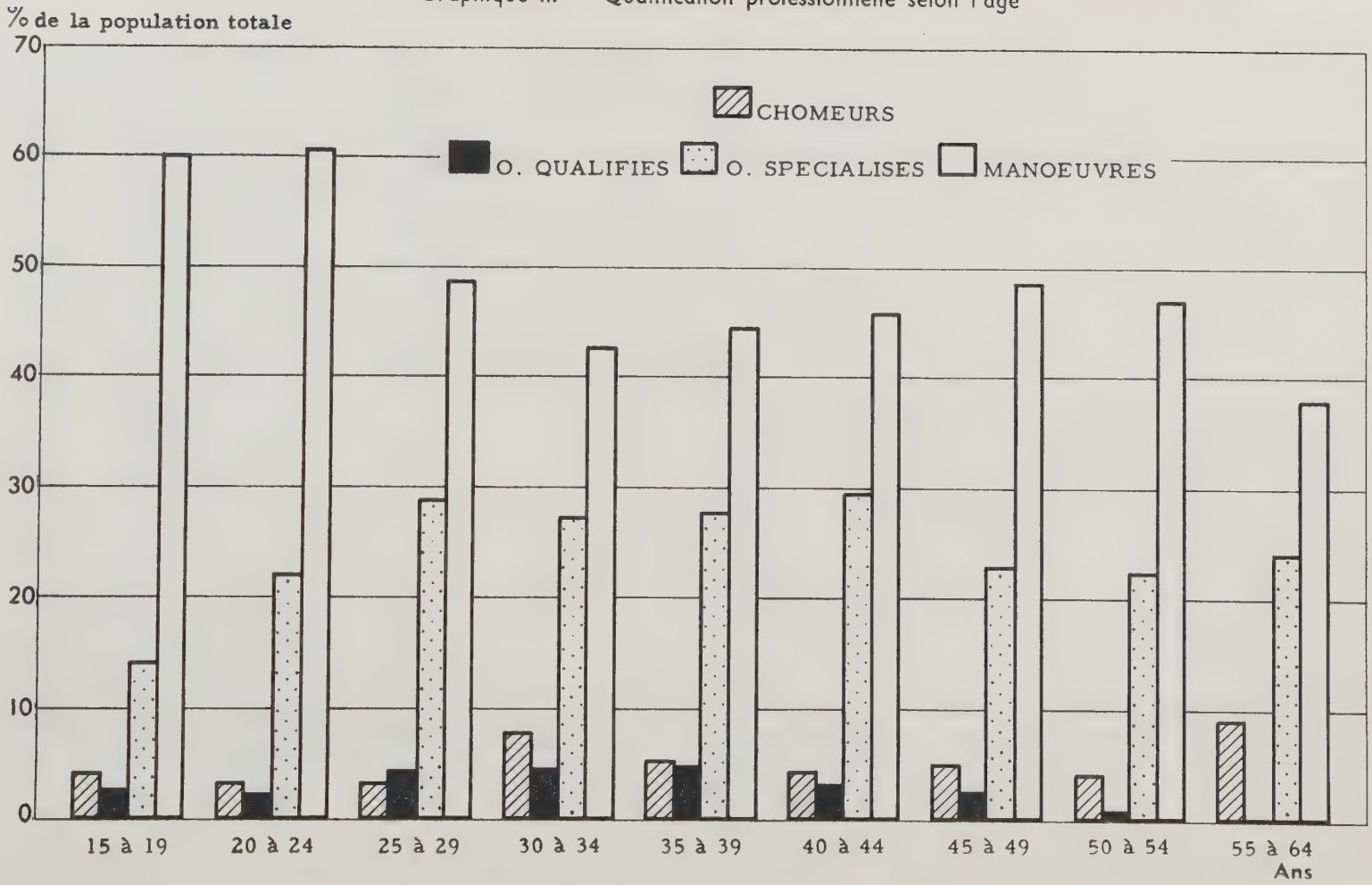


Tableau III

	Enquête (I)		Enquête (III)	
	nombre	%	nombre	%
00 Agriculteurs	2	0,1	—	—
10 Commerce	35	1,4	—	—
20 Professions libérales et cadres supérieurs	1	0,5	—	—
30 Employés	36	1,5	3	3,5
40 Ouvriers maîtrise	6	0,2	—	—
41 — qualifiés	92	3,7	2	2,4
42 — spécialisés	683	27,8	23	27,8
43 — manœuvres	1.276	51,8	40	48,3
50 Personnel de service	93	3,8	6	7,2
60 Artistes, armée	6	0,2	—	—
70 Sans profession	63	2,6	1	1,2
71 Étudiants	4	0,2	—	—
72 retraités	8	0,3	1	1,2
73 pensionnés	21	0,9	6	7,2
80 sans emploi	135	5,5	1	1,2
90 Indéterminés non totalisés	(174)			
Totaux	2.466	100,00	83	100,00

Nous avons étudié d'après les renseignements fournis par l'enquête (III) la stabilité du travailleur nord-africain dans sa profession et son entreprise.

Le graphique IV indique comment nous avons procédé.

Les 80 cas de malades venus en France avant 1956 sont classés par ordre décroissant de durée de séjour en France.

Chaque barrette représente un cas. Son interruption indique un retour en A. N.

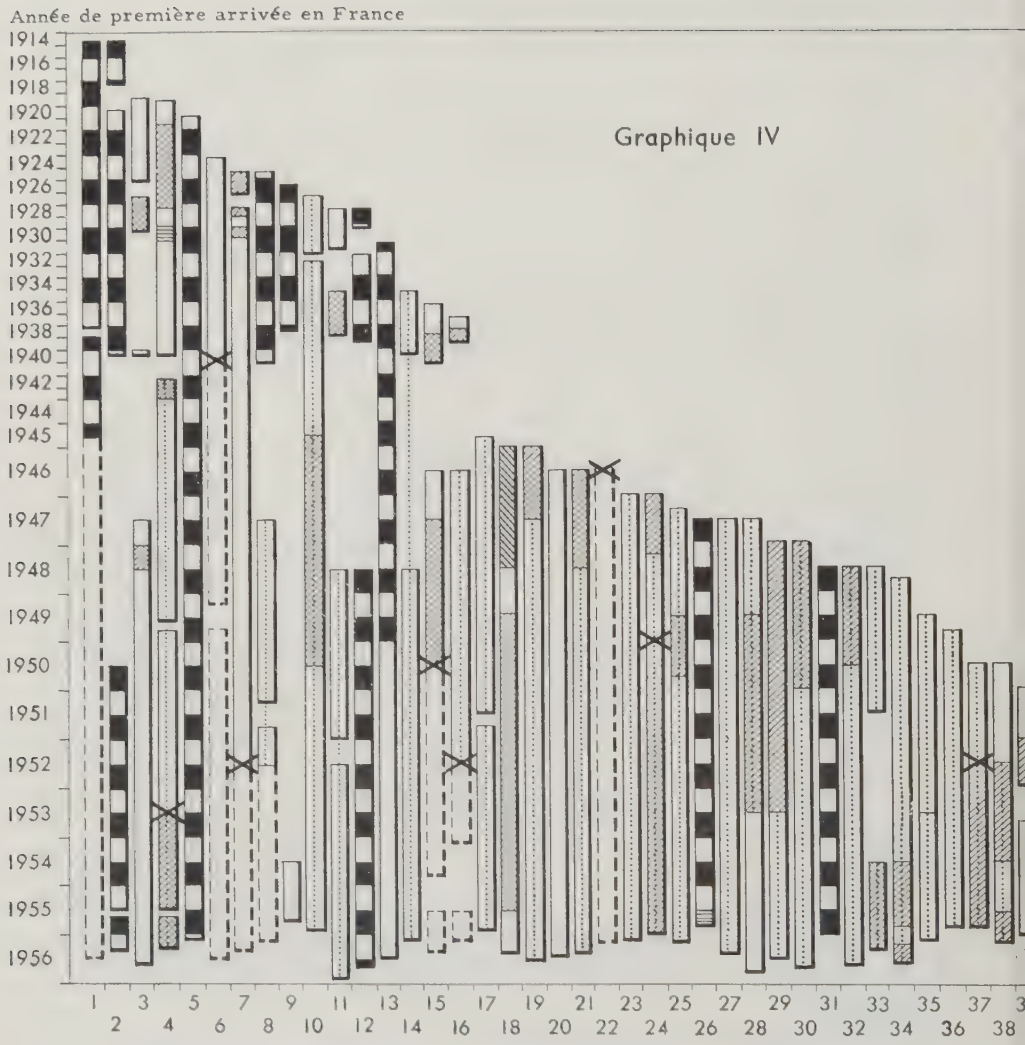
Chaque changement de coloration indique un changement de profession ; le retour à la même coloration ne signifie pas un retour à la profession antérieure.

Par changement de profession, nous entendons aussi bien le changement de qualification dans la profession, le changement d'activité à l'intérieur d'une même entreprise (par exemple de tourneur à pontonnier), le changement d'entreprises, lorsque ces entreprises ont des activités différentes (par exemple de manœuvre dans l'industrie automobile à manœuvre sur un chantier de charbon).

En abscisse sont portées des numéros correspondant à chaque cas. En ordonnée, à gauche, l'année d'arrivée en France, à droite, la durée de séjour.

La légende du graphique indique les divers autres renseignements qu'il exprime.

Le dépouillement de ce graphique nous montre que : Dans 34 cas,



soit 42,5 % il n'a été exercé qu'une profession durant une période allant de 1 à 21 ans.

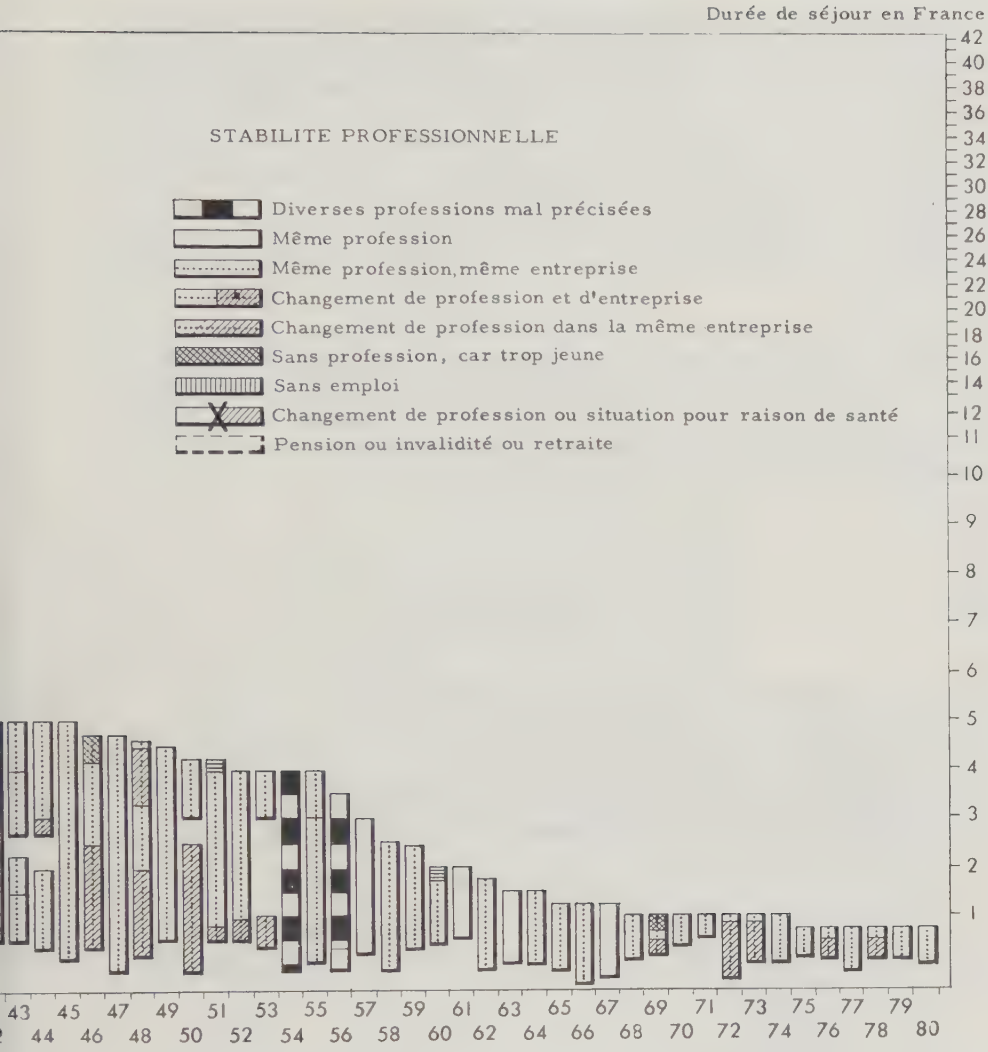
Dans 25 de ces cas, soit 31,25 %, cette profession a été exercée dans une seule entreprise durant des périodes allant jusqu'à 21 ans.

Dans 18 cas, soit 22,5 %, il a été exercé deux professions.

Dans 13 de ces cas, soit 16,25 %, ces 2 professions ont été exercées dans 1 entreprise (1 cas) ou 2 entreprises (12 cas).

Dans 10 cas, soit 12,5 %, il a été exercé 3 professions, dans 4 cas, soit 5 %, ces 3 professions ont été exercées dans 2 entreprises (1 cas) ou 3 entreprises (3 cas).

Dans 6 cas, soit 7,5 %, il a été exercé plus de 3 professions.



Dans 11 cas, soit 13,75 %, il a été exercé diverses professions mal précisées. Sur ces 11 cas, 4 seulement, soit 5 %, correspondent à des travailleurs arrivés en France depuis la guerre (depuis 3, 4, 8 et 9 ans) ; 7, soit 8,75 %, correspondent à des travailleurs venus en France avant la guerre et dont les activités à cette période n'ont pas été précisées. Leur arrivée en France remonte à 25, 28, 30, 36, 40 et 42 ans.

Au total 77,75 % des travailleurs ont exercé 3 professions ou moins ; 52,5 % n'ont exercé chacune de leur profession que dans une même entreprise.

En fait il est raisonnable de ne pas tenir compte de la période antérieure à 1940, qu'il est difficile d'explorer dans un interrogatoire. Les cas 19 et 21 de travailleurs ayant exercé une profession dans plusieurs entre-

prises pendant une période inférieure à 2 ans, puis une même profession dans une même entreprise pendant des durées de 8 à 9 ans peuvent être considérés comme des cas de bonne stabilité. Il en est de même du cas 24. Après avoir exercé une profession dans plusieurs entreprises durant 1 an et 3 mois, cet ouvrier est resté attaché pendant 8 ans à la même entreprise, y ayant seulement été changé de poste pour une raison de santé. Si nous tenons compte de ces éléments, nous arrivons à une proportion de 85 % de travailleurs ayant exercé 3 professions ou moins depuis 1945 et de 61,25 % ayant exercé chacune de leurs professions dans une seule entreprise.

Nous constatons donc que la main-d'œuvre nord-africaine est relativement stable dans son activité professionnelle de même qu'elle était stable dans son implantation géographique. Ces observations sont faites sur un échantillon réduit. Notre examen de cet échantillon au début de ce chapitre montrait cependant qu'il semblait assez représentatif de la population nord-africaine de la Seine.

IV. — SALAIRES

Ces données sont tirées de notre enquête (III).

Elles concernent 81 cas, dont 3 de pensionnés.

Les chiffres ont été, dans la presque totalité des cas, relevés sur les dernières feuilles de paye qui nous ont toujours été volontiers communiquées.

Ils représentent la somme nette touchée par mois.

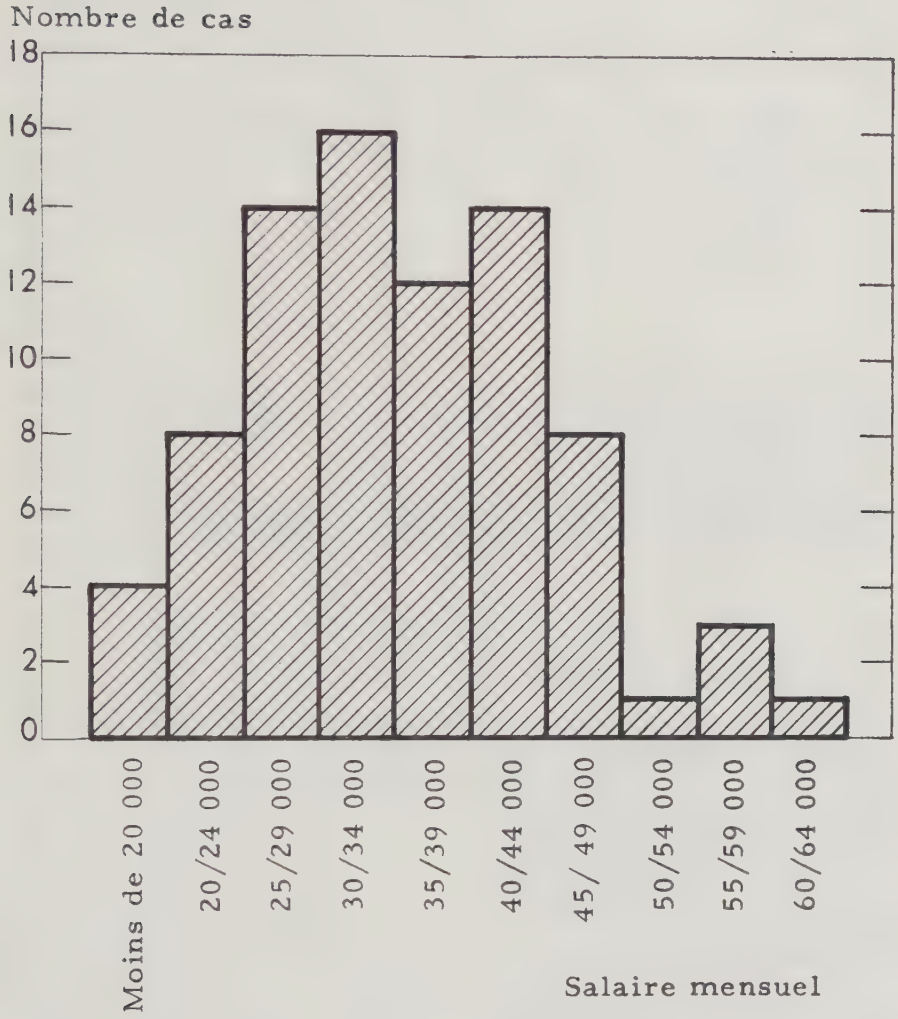
Voici le nombre de cas par tranches de salaires :

Salaire mensuel	nombre de cas	
moins de 20.000	4	(dont 2 pensionnés)
20 à 24.000	8	
25 à 29.000	14	
30 à 34.000	16	
35 à 39.000	12	(dont 1 pensionné)
40 à 44.000	14	
45 à 49.000	8	
50 à 54.000	1	
55 à 59.070	3	
60 à 64.000	1	
	81	

Le graphique V indique cette répartition de salaires.

Le salaire mensuel moyen pour cet échantillon de population est de 35.400 frs.

Graphique V — Salaires



V. — SÉCURITÉ SOCIALE

Nos renseignements sur ce point sont de bonne valeur dans les 3 enquêtes, le statut de frais de séjour étant toujours bien précisé. Les incertitudes qui peuvent subsister portent sur une très faible fraction des cas.

Les malades en invalidité sont des assurés sociaux. Les accidents du travail sont en principe toujours assurés sociaux. Les accidentés de la voie publique peuvent aussi bien être, par ailleurs, assurés sociaux, mais nous n'en tiendrons pas compte en raison du peu d'importance de leur nombre.

Statut de Frais de séjour	Enquête (I)		Enquête (III)		Enquête (II)	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Assurés sociaux	2.037	77,00	74	89,2	103	71,6
Invalidité	4	0,15	4	4,8	6	4,0
Assistance médicale gratuite	21	0,80	—	—	15	10,5
Accident du travail	370	14,00	—	—	—	—
Accident de la voie publique	20	0,75	—	—	—	—
Art. 115 (pensionnés militaires)	15	0,60	1	1,2	—	—
Non assurés ou indéterminés	178	6,70	4	4,8	20	13,9
	2.641	100,00	83	100,00	144	100,00

Au total la proportion des assurés sociaux est selon l'enquête (I) de 91,15 %. Ce chiffre est un minimum, car nous avons groupé avec les non assurés les indéterminés.

L'enquête (III) nous donne un pourcentage d'AS de 94 %. L'enquête (II) de 75,6 % Ces enquêtes sont plus restreintes. Nous avons exposé au début de ce chapitre les caractères particuliers de la population de l'enquête (III).

VI. — INSTRUCTION

Ces données sont tirées de notre enquête (III).

1. — Degré d'instruction (sur 82 cas) :

Ne parle ni ne comprend le français	15
Parle mal mais comprend le français	25
Parle assez bien le français.	10
Lit et écrit le français	
très peu	11
assez bien	15
Lit et écrit français et arabe	2
Possédant le certificat d'études	3
Instruction supérieure au CEP	1
Totaux	82

Nous n'avons pas précisé le nombre, appréciable, de ceux qui ne parlaient que kabyle et ne connaissaient pas l'arabe. Au total 61 % ne savent pas lire et écrire, 18 % ne parlent absolument pas le français.

39 % savent lire et écrire plus ou moins, 25,3 % lisent et écrivent vraiment.

2. — Fréquentation scolaire.

En Afrique du Nord.

	nombre	%
Pas de fréquentation scolaire	62	75,6 %
1 à 3 ans de fréquentation	9	24,4 %
3 à 6 ans de fréquentation	7	
ont obtenu le CEP	3	
ont continué leurs études au delà du CEP	1	
Total	82	

En France.

— Dans 1 cas, un enfant venu en France avec ses parents y a continué des études primaires commencées en Algérie, sans cependant les pousser jusqu'au C.E.P.

— Dans 13 cas, des Nord-Africains n'ayant pas fréquenté l'école en Algérie ont appris à lire et écrire, plus ou moins, en France : 5 par eux-mêmes, 8 en fréquentant les cours d'adultes qui fonctionnent spécialement pour eux.

— Centres de formation professionnelle accélérée :

Deux de nos malades avaient fréquenté de tels centres, l'un en Algérie, l'autre en France. Il n'est pas possible de se faire une opinion sur 2 cas. Mais dans ces 2 cas l'objectif recherché n'a pas été atteint.

Tous deux avaient reçu une formation destinée à les orienter dans l'industrie du bâtiment, l'un comme maçon, l'autre comme boiseur. Après avoir exercé son métier pendant 1 an ½, le premier est devenu valet de chambre d'hôtel. Le deuxième n'a travaillé comme boiseur dans le bâtiment que 3 mois ; il est depuis cuisinier de restaurant.

Le faible taux de 25 % de fréquentation scolaire est évidemment responsable de l'instruction insuffisante de l'immigrant nord-africain, qui rend si difficile sa qualification professionnelle. Ce n'est qu'en cours d'enquête que nous avons commencé à demander systématiquement s'il existait une école dans le village d'origine de nos malades. Sur 33 cas de Nord-Africains n'ayant pas eu de fréquentation scolaire et interrogés sur ce point, il existait une école au village dans 26 cas, soit dans 3/4 des cas à peu près. Si nous supposons que la proportion était identique dans les 29 cas de non fréquentation scolaire qui n'ont pas été interrogés sur ce point, et considérant qu'une école existait nécessairement dans les 20 cas où il y a eu fréquentation scolaire effective, nous arrivons au chiffre très approximatif de 67 cas sur 82, soit 80 % des cas, où une école proche existait.

Certes, notre échantillon n'est pas très grand. Mais nous devons considérer cependant qu'il nous offre une grande dispersion géographique des lieux d'origine, puisqu'il rassemble des Nord-Africains venant de

51 localités ou douars différents [a]. Il provient de 15 arrondissements sur les 32 existant. De 21 communes mixtes sur les 78. La majorité de celles qui fournissent une émigration notable sont représentées. Par ailleurs, un seul cas provenant d'une localité suffit pour tester l'existence d'une école dans cette localité.

Il apparaît donc que la cause de l'insuffisance d'instruction est le manque de fréquentation scolaire, bien plus que l'insuffisance de l'équipement scolaire.

La proportion d'immigrants ayant appris à lire en France, en particulier dans des cours d'adultes créés pour eux est appréciable. Il semble que ces cours soient volontiers suivis. L'effort dans ce sens est efficace.

VII. — CONDITIONS DE LOGEMENT

Les renseignements sur ce problème sont tirés des enquêtes (II) et (III).

L'interrogatoire des malades de l'Hôtel-Dieu (enquête II) a été fait par des assistantes sociales. Il est indiqué : le nombre de pièces occupées par le malade, le nombre de personnes y vivant avec lui. Il est indiqué également s'il s'agit d'une chambre d'hôtel ou chambre meublée, d'un appartement, s'il habite chez lui ou chez quelqu'un d'autre. Nous n'avons cependant pas ces renseignements pour tous les cas de l'enquête.

Nous avons procédé nous-même à l'interrogatoire des malades de l'enquête (III).

Les tableaux III et IV indiquent les résultats fournis par ces 2 enquêtes.

Selon l'enquête (II) le nombre moyen de personnes par pièce est de 1,5. Dans 55,3 % des cas, vivent 2 ou plus de 2 personnes par pièce. Dans 20,5 % des cas, 3 ou plus de 3 personnes par pièce.

Selon l'enquête (III), le nombre moyen de personnes par pièce est de 3,4. Cette moyenne est très alourdie par la présence de 3 malades vivant en dortoirs, cas qui n'avait pas été rencontré à l'Hôtel-Dieu. Si nous mettons ces cas à part, la moyenne des personnes par pièce est de 2. Dans 65,8 % des cas, vivent 2 ou plus de 2 personnes par pièce, dans 35,5 % de ces cas, 3 ou plus de 3 personnes.

La presque totalité des Nord-Africains loge en hôtel. Dans l'enquête (II) nous trouvons 7 cas seulement de logement en appartement ou chambre non meublée. Dans l'enquête (III) 2 cas de malades logeant en appartement et 6 cas de logement dans des foyers nord-africains.

Ces conditions de logement sont très mauvaises. Encore ces chiffres seuls n'en donnent-ils pas une idée complète. Les cas des dortoirs, voire des caves, où les travailleurs cherchent asile chaque nuit, couchés à terre, côte à côte, à 30 ou 40, représentent le cas extrême de l'inconfort et de l'insalubrité. Mais les conditions des chambres d'hôtel ne sont souvent guère meilleures.

---

[a] Cf. *supra*, Tableau I et carte 1.

La surpopulation des pièces a son origine dans 2 ordres de faits :

D'une part, le manque général de logement, particulièrement grave dans la région parisienne, particulièrement sensible pour une population immigrante.

D'autre part, les prix pratiqués. Beaucoup payent de 10 à 12.000 frs pour une chambre d'hôtel. Les cas ne sont pas rares où la chambre est payée à la journée, les patrons d'hôtel refusant alors de garder le client plus de 8 à 15 jours consécutivement. Nous rencontrons ainsi des cas de Nord-Africains qui depuis des mois, voire des années, changent d'hôtel tous les 15 jours. On conçoit le poids de cette charge pour des travailleurs qui, dans la moitié des cas, gagnent moins de 35.000 frs par mois, et s'efforcent d'envoyer le maximum d'argent à leur famille restée en Afrique du Nord. C'est pourquoi, beaucoup s'efforcent de vivre à plusieurs dans une chambre. Ce n'est d'ailleurs là, bien souvent, qu'une source supplémentaire de bénéfice pour le logeur : cas de Nord-Africains logeant à 5 dans une chambre et payant chacun 3.000 frs, soit 15.000 frs au total.

D'après les résultats de ces 2 enquêtes, les conditions de logement seraient moins bonnes pour l'échantillon (III) que pour l'échantillon (II). Les enquêteurs et les conditions de l'interrogatoire n'étaient pas identiques. Si nous admettons que les différences observées restent valables, nous conclurions que les conditions de logement sont meilleures dans les arrondissements centraux de Paris que dans le 15e ou à Boulogne-Billancourt. Mais un autre facteur peut intervenir : l'augmentation de la population nord-africaine dans la Seine entre la période de l'enquête (II) (novembre 1954 à septembre 1955) et la période de l'enquête (III) (décembre 1955 à juin 1956).

Nous savons que les recensements de la main-d'œuvre nord-africaine par les Services du Travail et de la Main-d'Œuvre sont seuls à nous donner des chiffres valables pour la Seine seule. Nous avons signalé [a] que ces recensements trimestriels enregistraient une augmentation brutale des travailleurs nord-africains de la Seine en décembre 1955. Nous n'avions pas osé nous fonder absolument sur cette donnée que nous ne pouvions confirmer par aucune autre source et notions qu'elle pouvait être due à un recensement plus rigoureux auquel le Service du Travail s'était effectivement efforcé à cette période.

Or des constatations faites au début de ce chapitre [b] tendraient à montrer qu'à la poussée migratoire de 1955, importante, certes, mais beaucoup moins que celles de 1947 et 1951, correspondait un nombre considérable de nos malades arrivés en 1955. Ceci nous conduit à penser qu'une part très importante du solde migratoire de 1955 (28.455 personnes) s'était dirigé sur la Seine.

Les recensements du STMO nous indiquent pour la période correspondant à l'enquête (II) une population moyenne de travailleurs NA de 47.500 (décembre 1954 : 46.280, septembre 1955 48.661) pour la période correspondant à l'enquête (III) une population de 62.000 (décembre 1955 : 61.726 — mars : 62.041). Nous avons maintenant des arguments nous faisant considérer ces chiffres comme valables.

Les recensements du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre indiquent entre les deux périodes une augmentation de la population nord-africaine de la Seine d'un tiers. Ce fait suffirait à expliquer que le nombre de personnes logées par pièce passe de 1,5 à 2.

---

[a] Cf. *supra*, Chapitre I, p. 22.

[b] Cf. *supra*, p. 96. et Graphique I.

TABLEAU IV — Logement (enquête II)

Nombre de pièces	Nombre de personnes y vivant	Total des cas	Total des pièces	Total des personnes y vivant
1	1	69	69	69
	2	20	20	40
	3	4	4	12
	4	1	1	4
2	1	—	—	—
	2	2	4	4
	3	1	2	3
	4	—	—	—
	5	1	2	5
	5	1	2	6
3	1	—	—	—
	6	1	3	6
	8	1	3	8
	13	1	3	13
	Total	102	113	170

TABLEAU V — Logement (enquête III)

Nombre de pièces	Nombre de personnes y vivant	Total des cas	Total des pièces	Total des personnes y vivant
1 (dortoir)	10	1	1	10
	20	—	—	—
(cave)	30	1	1	30
	40	1	1	40
(hôtel)	1	25	25	25
	2	20	20	40
	3	5	5	15
	4	7	7	28
	5	4	4	20
	6	2	2	12
	7	—	—	—
	8	1	1	8
(foyer)	1	—	—	—
	2	1	1	2
	3	—	—	—
	4	3	3	12
	5	2	2	10
(appartement)	1	2	2	2
2	3	1	2	3
(sur le chantier)		2	—	2
	Total	76	77	257

Complétons ces renseignements par quelques indications sur les conditions dans lesquelles le Nord-Africain se nourrit.

Sur 79 :

— 42	mangent le matin	au restaurant,	le soir	au restaurant
— 3	—	—	sur le chantier,	—	au restaurant
— 3	—	—	à la cantine,	—	au restaurant
— 4	—	—	sur le chantier,	—	sur le chantier
— 3	—	—	sur le chantier,	—	font leur cuisine
— 6	—	—	à la cantine,	—	font leur cuisine
— 18	—	—	font leur cuisine,	—	font leur cuisine

Au total 34,1 % font leur cuisine, 60,7 % mangent au restaurant. Les restaurants fréquentés sont le plus souvent des établissements servant de la cuisine nord-africaine.

Nous n'avons pas tenté d'appréciation sur la valeur qualitative et quantitative de l'alimentation. Elle nous semblait trop hasardeuse.

Nous ne nous étonnerons pas du taux de fréquentation hospitalière particulièrement élevé de cette population. Les conditions de logement, ainsi que le défaut de présence féminine au foyer, en sont avant tout responsables.

VIII. — ÉTUDES COMPARATIVES

Il est toujours difficile de porter dans l'absolu un jugement sur une situation. C'est pourquoi nous avons essayé de comparer des populations nord-africaines et métropolitaines, considérées sous certains des aspects que nous venons d'étudier.

L'enquête (II) nous offrait un large échantillon de population métropolitaine étudié exactement dans les mêmes conditions qu'un échantillon de population nord-africaine. C'est cet échantillon que nous avons utilisé.

Cette opération nous conduit à nous poser diverses questions sur le sens de la comparaison, et à rechercher les précautions à prendre pour lui donner toute sa valeur.

Nous connaissons la valeur représentative de l'échantillon de population nord-africaine de l'Hôtel-Dieu. Nous avons étudié l'échantillon d'ensemble de la population nord-africaine hospitalisée de la Seine (échantillon I). Nous l'avons trouvé représentatif de la population d'ensemble. Nous avons étudié l'échantillon de l'enquête (II) par rapport à l'échantillon (I) [a]. Nous en connaissons les particularités.

Par contre, nous ne savons pas quelle est la valeur représentative de la population de malades métropolitains hospitalisés à l'Hôtel-Dieu par rapport à la population totale de la Seine. Nous pourrions admettre que le taux moyen de fréquentation hospitalière de 60 ‰ est valable pour toute la population de la Seine et que l'échantillon de malades hospitalisés est représentatif de la population entière. Ceci n'est certainement pas exact. A l'opposé, nous pourrions supposer que le taux de fréquentation hospitalière est du même ordre de grandeur que celui des Nord-Africains, 240 ‰ par exemple, qu'un quart de la population seulement fréquente l'hôpital, et que l'échantillon de malades n'est représentatif que de cette fraction de la population. La vérité est sans doute entre ces extrêmes. Le taux de fréquentation doit être variable selon les catégories de population. Très faible dans les fractions jeunes des classes sociales favorisées, il doit atteindre au contraire des taux très élevés, sans

[a] Cf. *supra* p. 89.

doute supérieurs à ceux que montre la population nord-africaine pour des catégories telles que les vieillards isolés de classes sociales défavorisées.

Nous devons tout de même avoir présent à l'esprit l'ordre de grandeur de la fraction de population dont l'échantillon de malades hospitalisés donne un reflet. Au cours des 11 mois où a été conduite l'enquête (II), 2.062 métropolitains ont été hospitalisés dans le service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu, contre 155 Nord-Africains (148 hommes et 7 femmes). Soit 13,3 fois plus de Métropolitains. Dans la première semaine de mars 1956 étudiée par notre enquête (I), 5.114 Métropolitains ont été hospitalisés dans 17 hôpitaux d'adultes de l'Assistance publique contre 384 Nord-Africains. Soit encore 13,3 fois plus de Métropolitains. Même dans le cas où le taux de fréquentation hospitalière de la population métropolitaine serait égal au taux observé chez les Nord-Africains, la fraction de la population de la Seine représentée par l'échantillon de malades hospitalisés serait au minimum de 1.300.000 personnes.

Nous pouvons nous demander si l'échantillon de malades de l'Hôtel-Dieu ne représente pas une population sensiblement différente de la population générale de la Seine. Nous avons vu que la population nord-africaine hospitalisée à l'Hôtel-Dieu présentait quelques particularités par rapport à la population d'ensemble. Remarquons que ces particularités n'étaient décelables que par des calculs de pourcentage précis. Il est possible qu'il en soit de même pour la population métropolitaine. Du moins, pour un médecin ayant fréquenté les services de l'Hôtel-Dieu et, par ailleurs, ceux d'autres hôpitaux de Paris, ces particularités ne sont pas assez marquées pour être apparentes sans étude statistique.

Dans la plupart des cas, il ne nous a pas paru légitime de comparer des populations présentant une répartition par tranches d'âges aussi différente que les populations nord-africaines et métropolitaines. De même la comparaison entre population de sexes différents n'aurait présenté aucun sens à bien des points de vue.

De l'échantillon total de malades des deux sexes, nous avons extrait des échantillons de malades de sexe masculin répartis par tranches d'âges selon les mêmes proportions que la population nord-africaine.

Le graphique VI montre comment ont été extraits ces échantillons.

En bas est tracée la courbe d'âge de l'échantillon de 148 Nord-Africains de sexe masculin. Nous avons vu [a] que cette courbe d'âge est très proche de celle que présente la population totale de la Seine. Les chiffres indiquent le nombre d'individus dans chaque tranche d'âge. Nous avons dénommé cette population : population 4.

Au-dessus, en trait plein, la courbe d'âge du total des malades métropolitains, hommes et femmes (Population 5).

Les cartes perforées correspondant aux hommes ont été triées par tranches d'âge. Dans chaque tranche d'âge, nous avons prélevé au hasard un nombre de cartes correspondant au double de la population nord-africaine dans chaque tranche. Il ne nous était pas possible d'avoir un échantillon plus important, les tranches jeunes étant les plus faibles dans l'échantillon métropolitain. Cet échantillon comporte 312 cas (Population 5^1).

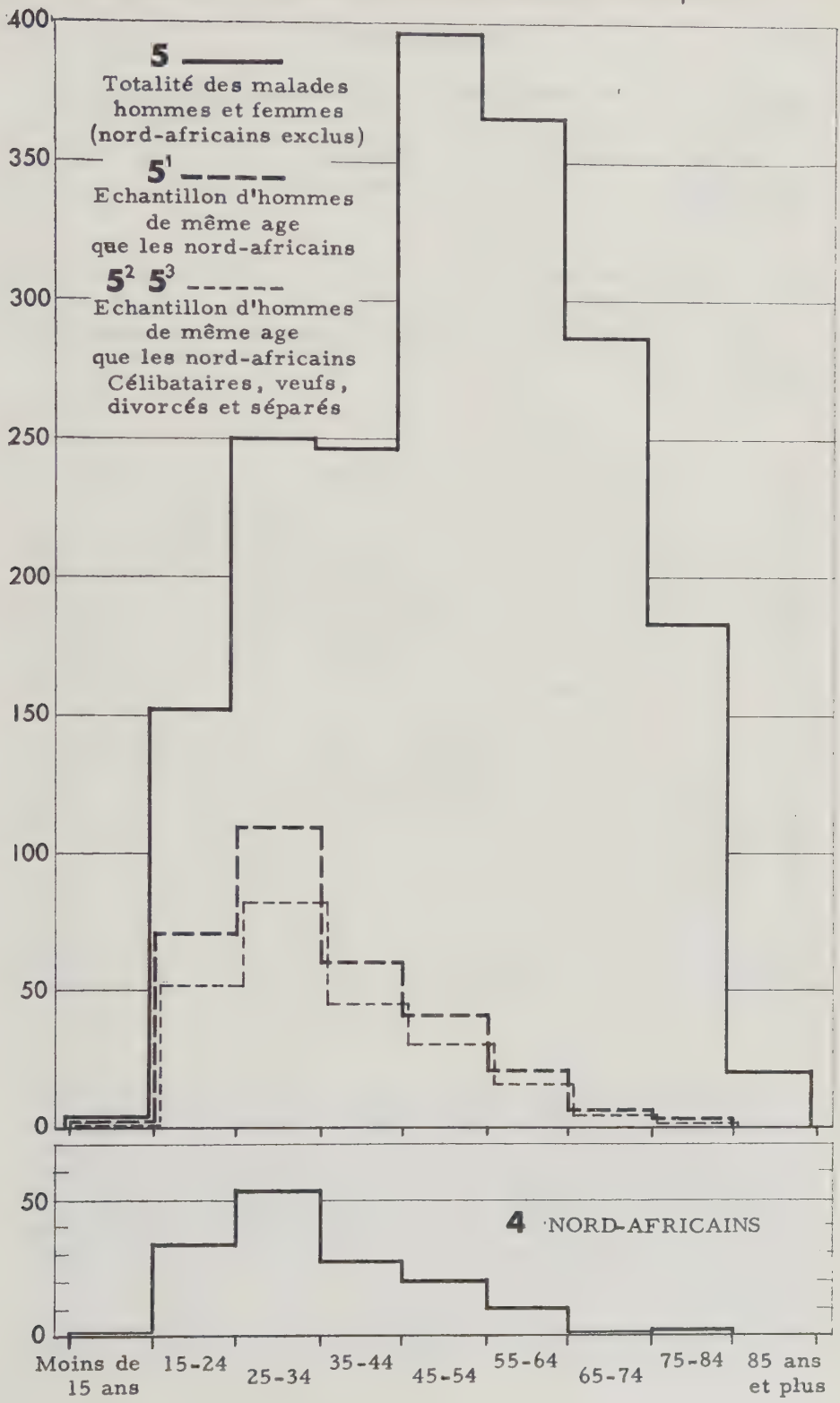
Nous avons pensé que la comparaison serait plus valable sur certains points si nous ne comparions que des hommes ne bénéficiant pas d'une présence féminine. Nous avons donc extrait un deuxième échantillon dans la population de sexe masculin ne comportant que des célibataires, veufs, divorcés et séparés. Cette population était naturellement moins nombreuse et nous n'avons pu constituer qu'un échantillon égal à 1 fois ½ l'échantillon nord-africain. L'échantillon comporte 231 cas (Population 5^2).

Pour éliminer des résultats pouvant être dus à un groupement fortuit des cartes, nous avons, après l'exploitation de l'échantillon 5^1, mélangé les cartes et extrait un nouvel échantillon de la même façon. Cet échantillon est donc également de 231 cas

---

[a] Cf. *supra*, p. 90.

Graphique VI — Échantillons nord-africains et métropolitains



(population 5_3). Il a été exploité ensuite dans les mêmes conditions que les échantillons 5^1 et 5^2.

Ce sont ces échantillons qui seront également utilisés pour comparer la pathologie nord-africaine et métropolitaine [a].

I. — Activité professionnelle.

Dans l'enquête (II) la profession n'est pas indiquée. Il est précisé seulement si le malade est actif, chômeur, sans profession, retraité ou sans activité pour raison de santé.

	Nord-africains		Métropolitains					
			non mariés				mariés ou non	
	4		5^2		5^3		5^1	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Actifs	100	69,0	131	58,5	120	53,4	175	60,7
Chômeurs	15	10,3	29	12,8	32	14,2	34	11,8
Sans profession	19	13,2	38	16,9	46	20,5	35	12,2
Non actifs pour raison de santé	11	7,5	23	10,1	22	9,7	35	12,1
Retraités	—	—	4	1,7	5	2,2	9	3,1
Déterminés	145	100	226	100	225	100	288	100

Dans les 2 échantillons 5^2 et 5^3 qui sont les plus rationnellement comparables à l'échantillon nord-africain 4, la proportion des hommes actifs est constamment plus faible que dans la population nord-africaine. La proportion des chômeurs et des sans profession constamment plus forte. Même dans la population 5^1 comportant les hommes mariés, que l'on peut estimer socialement mieux adaptée, la proportion des individus actifs reste inférieure, et la proportion des chômeurs et sans profession du même ordre.

[a] Cf. *infra*, Chapitre IV p. 166.

2. — Statut de frais de séjour.

	4		5^2		5^3		5^1	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre.	%
Assurés sociaux	103	71,5	117	50,6	114	49,3	150	48,0
Invalidité	6	4,1	6	2,6	6	2,6	13	4,1
Assistance médicale gratuite	15	10,4	36	15,5	46	19,9	500	16,0
Autres cas	20	14,0	72	31,3	65	28,2	99	31,9
Déterminés	144		231		231		312	

La proportion d'assurés sociaux est constamment et nettement plus faible chez les métropolitains. Il est concevable qu'une proportion plus grande de commerçants et de professions libérales dans cette population diminuerait la proportion d'assurés sociaux. Mais il faut noter par ailleurs que la proportion de malades bénéficiant de l'assistance médicale gratuite, qui prouve une situation sociale défavorable, est constamment plus forte chez les métropolitains que chez les Nord-Africains.

3. — Logement.

	4		5^2		5^3		5^1	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Sans domic. fixe	20	13,8	53	24,6	64	29,3	66	23,7
Hôtel	107	74,4	75	34,8	66	30,2	83	28,7
Chambre Appartement	7	4,9	39	18,3	45	20,8	85	30,7
Logeant chez quelqu'un	10	6,9	48	22,3	43	19,7	47	16,9
Déterminés	144		215		218		278	

La proportion de « sans domicile fixe » est beaucoup plus forte chez les métropolitains, presque double, demeurant presque identique chez l'homme marié.

La proportion de personnes vivant à l'hôtel est bien plus faible chez les métropolitains, mais en grande partie parce qu'il ne se trouve pas comme le Nord-Africain complètement isolé et qu'il est souvent hébergé

par des personnes possédant un logement. Pour cette population jeune, il s'agit le plus souvent des parents. Notons cependant que son âge moyen est de 33 ans.

Dans la population 5[1] comportant les hommes mariés, 30,7 % seulement disposent d'une chambre ou d'un appartement ; 16,9 % vivent chez des parents ; 28,7 % vivent à l'hôtel.

Nous n'avons pas pour ces échantillons étudié les conditions de logement en fonction du nombre de pièces. L'étude a été faite pour l'échantillon total des 2 sexes, sur 1.439 cas où ces données ont pu être précisées [1].

En voici les résultats :

Les chiffres indiquent le nombre de cas où le nombre de personnes indiqué verticalement vivaient dans le nombre de pièces indiqué horizontalement.

	1 pièce	2 pièces	3 pièces	4 pièces	5 pièces
1 personne	446	103	19	1	—
2 —	29	188	60	10	2
3 —	38	77	39	8	5
4 —	19	34	28	6	5
5 —	8	30	14	11	9
6 —	4	12	7	2	1
7 —	6	6	6	1	—
8 —	—	1	3	—	1

En moyenne vivent par pièce 1,26 personnes (1,5 pour les Nord-Africains) [a]. Dans 40,64 % des cas, vivent 2 ou plus de 2 personnes par pièce (55,3 % pour les Nord-Africains). Dans 13,4 % des cas vivent 3 ou plus de 3 personnes par pièce (20,5 % pour les Nord-Africains).

Nous voyons qu'à cette époque (1954-55) et pour ces échantillons, la situation de la population métropolitaine est à peine plus favorable que celle de la population nord-africaine. Nous avons vu toutefois (enquête III) que les conditions de logement des Nord-Africains semblent aggravées, peut-être dans d'autres zones de la Seine, peut-être depuis un an par suite de l'augmentation de leur nombre.

1. — **21** — Professeur agrégé H. Péquignot, M. Magdelaine, J. Estève. *Une enquête hospitalière.*

[a] Cf. *supra* p. 112.

4. — Alcoolisme.

Ce problème a sa place dans ces données sociales. Nous n'avions pas fait d'étude spéciale sur ce point, car les Nord-Africains, en raison de l'interdiction des boissons alcooliques faite par le Coran, sont peu touchés.

Voici les renseignements fournis par l'enquête (II) :

Les fiches d'enquête comportaient une mention spéciale concernant l'alcoolisme. Cette question avait été spécialement étudiée dans ce service de médecine générale par le Professeur Agrégé H. Pequignot lors d'une enquête antérieure. Nous devons donc considérer que ces données sont particulièrement valables.

Une seule comparaison a été faite entre l'échantillon 4 de Nord-Africains, d'une part, et l'échantillon 5[3] de Métropolitains de même âge et non mariés.

Chez les Nord-Africains, le nombre d'alcooliques est de 13 sur 148 cas, soit 8,7 %.

Chez les Métropolitains il est de 84 sur 231, soit 36,3 %. Cette proportion est énorme, surtout si l'on note qu'il s'agit d'une population jeune dont l'âge moyen est de 33 ans.

Pour la totalité de l'enquête, sur 1.768 cas déterminés, hommes et femmes, le nombre des alcooliques est de 511, soit 28,8 %.

Nous serons amenés à tenir compte de ces chiffres lorsque nous comparerons la pathologie du Nord-Africain et du Métropolitain.

En résumé, il apparaît que si la situation des Nord-Africains est très défavorable sur certains points, il en est de même d'une fraction importante de la population métropolitaine. Certains problèmes sont spécifiquement nord-africains. D'autres sont communs aux Nord-Africains et à une partie au moins de la population française de la Seine.

CHAPITRE III

DONNÉES HOSPITALIÈRES

Ses conditions de logement, sa situation familiale ou plutôt l'absence pour lui de tout milieu familial, amènent le Nord-Africain à se faire hospitaliser pour toute affection de santé, grave ou bénigne. Son taux de fréquentation hospitalière est très élevé, ainsi que nous l'avons signalé dès le début de ce travail [a]. Les Nord-Africains représentent une forte proportion des malades hospitalisés dans la Seine, eu égard au rapport des deux populations. Néanmoins, nous devons prendre garde que la concentration de ces malades dans certains hôpitaux, certains services, et certaines salles, donne l'impression d'une proportion de malades nord-africains très supérieure à leur proportion réelle.

Nous avons donné au chapitre I [b] le nombre des Nord-Africains hospitalisés au cours des semaines témoins étudiées par nos enquêtes dans les 14 principaux hôpitaux de l'Assistance Publique, et dans 29 hôpitaux du département de la Seine. Nous avions déjà été conduit à faire des estimations du nombre de Nord-Africains hospitalisés par an, et du taux de fréquentation hospitalière.

Au cours de l'étude qui va suivre, nous serons amené à faire des estimations du nombre des hospitalisés par an selon diverses méthodes, selon les données dont nous disposons.

Les données dont nous disposons, mais qui ne sont pas utilisables pour toutes les études que nous ferons, sont :

Le nombre de malades hospitalisés au cours d'une semaine témoin (1re semaine de mars) en 1938, 47, 49, 51, 53 et 54. Le nombre de malades hospitalisés au cours de 4 semaines témoins (1re semaine de janvier, mars, juillet et octobre) en 1955, et de 2 semaines (1re semaine de janvier et mars) en 1956.

A côté de malades nord-africains, nous avons relevé le nombre de malades métropolitains hospitalisés au cours des mêmes semaines, dans les mêmes hôpitaux.

Nous utiliserons les chiffres de malades hospitalisés, soit dans chaque hôpital, soit dans les 14 principaux hôpitaux de l'Assistance Publique, soit dans 17 hôpitaux de l'AP, soit dans 25 hôpitaux de l'AP, soit dans 29 hôpitaux de la Seine.

Les estimations seront faites, selon les possibilités, par interpolation ou extrapolation à partir des données connues. Voici les diverses méthodes employées. Elles seront chaque fois signalées par la lettre (E) suivie d'un indice les caractérisant.

---

a Cf. *supra*, Chapitre I, p. 33.
b Cf. *supra*, Chapitre I, p. 30, tableau III et graphique II.

— (E1). Interpolation d'après des courbes établies pour l'année 1955 à partir des chiffres d'hospitalisés au cours des 4 semaines témoins et de la 1re semaine de 1956.

— (E2). Estimation d'après la moyenne des 4 semaines témoins de 1955. (Moyenne × 52 ou total de 4 semaines × 13).

— (E3). Extrapolation à partir de la 1re semaine de mars (× 52).

— (E4). Estimation des hospitalisés annuels à partir du total des 12 semaines de l'enquête. En raison du petit nombre d'hospitalisés de 1938 à 1953 la moyenne d'une semaine actuelle est obtenue en divisant le nombre total par 8.

La moyenne d'une semaine de 1955 en le divisant par 9.

Le total des malades hospitalisés en 1955 sera obtenu en multipliant le total des malades étudiés par l'enquête par $\frac{52}{9} = 5{,}77$, le total de 1955 en multipliant par $\frac{52}{8} = 6{,}5$.

Dans les cas où nous ne rechercherons pas une grande précision, nous adopterons le coefficient 6.

— (E5). Estimation du nombre des malades hospitalisés dans les 29 hôpitaux par extrapolation à partir du nombre des hospitalisés dans les 14 hôpitaux de l'AP. Nous multiplierons par le coefficient 1,43, rapport des populations de ces 2 enquêtes.

— (E6). Estimation du nombre des hospitalisés domiciliés dans la Seine à partir du nombre total. Nous utiliserons le coefficient 0,95,95 % de malades étant dans l'ensemble domiciliés dans la Seine.

Pour apprécier les écarts existant entre des estimations faites d'après ces divers procédés, nous indiquerons les divers chiffres qu'elles fournissent des hospitalisés au cours de l'année 1955.

	14 hôpitaux de l'AP		17 hôpitaux de l'AP		29 hôpitaux de la Seine	
	moyenne par semaine	Total annuel	moyenne par semaine	Total annuel	moyenne par semaine	Total annuel
(E1)	312	16.250			435	22.640
(E2)	315	16.380	338	17.576	443	23.036
(E3)	329	17.108	349	18.148	448	23.296
(E4)	313	16.277	339	17.621	447	23.253
(E5)	à partir de	16.250			446	23.237
(E6)		(15.437)	et (E5)			(22.074)

L'écart le plus important entre 2 estimations des hospitalisés dans les 14 hôpitaux de l'AP est de 5 %, de 2,8 % dans les 29 hôpitaux de la Seine.

I. — NOMBRE DE NORD-AFRICAINS HOSPITALISÉS DANS LA SEINE

Voici les estimations du nombre d'hospitalisés par an dans 29 hôpitaux de la Seine. Elles sont faites pour les années sur lesquelles nous possédons une semaine témoin. Ces chiffres ont déjà été présentés au Chapitre I [a].

	38	47	49	51	53	54	55	56
Malades hospitalisés dans la 1re semaine de mars	103	155	173	200	321	355	448	473
Estimation (E3) du nombre de malades hospitalisés par an	5.356	8.060	8.996	10.400	16.692	18.480	23.296	24.596

Nous venons de voir que les estimations (E3) faites par extrapolation à partir des hospitalisés dans la 1re semaine de mars sont en général un peu fortes. Ceci n'a pas une très grande importance pour les chiffres respectifs des années antérieures. Pour 1955 et 1956, nous pouvons rechercher des estimations plus précises, nous donnant une idée de la situation présente.

La meilleure estimation que nous puissions faire pour 1955 est l'interpolation entre les 4 semaines témoins de 1955 et la 1re de 1956 (E1), elle nous donne un total d'hospitalisés dans 29 hôpitaux de 22.640, de 2,8 % inférieure à la précédente.

Pour l'année 1956 il est difficile d'utiliser les chiffres des 2 semaines témoins que nous possédons, toutes deux situées dans la période où les hospitalisations sont maxima. Nous pouvons corriger l'estimation faite sur la première semaine de mars (E3) selon les données que nous apporte l'étude de 1955. La correction de (E3), en admettant ses chiffres comme 2,8 % trop forts, nous donnerait : 23.907 hospitalisés à prévoir dans l'année. En fait, les estimations (E3) ne sont que 2,8 % trop fortes pour la population hospitalisée nord-africaine, parce que cette population est constamment croissante. L'effet de l'augmentation de population se surperpose aux facteurs saisonniers. Nous allons voir que pour la population métropolitaine hospitalisée l'estimation faite par extrapolation sur les chiffres de mars est de 7 % trop forte environ. C'est dire que l'estimation à 23.900 des hospitalisés nord-africains pour 1956 n'est valable que si l'augmentation de cette population dans la Seine conserve le même rythme. Si cette population, en raison des circonstances, cesse de croître, il sera plus indiqué d'appliquer à l'estimation (E3) la correction qui semble nécessaire pour la population hospitalisée totale de la Seine (— 7 %). Dans ce cas nous obtiendrons le chiffre de 24.596 — 7 % = 22.874. Chiffre très voisin de celui de l'année précédente.

Le chiffre des hospitalisés nord-africains dans la Seine à prévoir pour 1956 serait donc compris entre 22.800 et 23.900, selon que la population nord-africaine de la Seine resterait stationnaire, ou continuerait d'augmenter au rythme des années précédentes.

---

[a] Cf. *supra*, Chapitre I p. 32.

En fait, ces estimations correspondent aux Nord-Africains hospitalisés dans 29 hôpitaux de la Seine [a]. Soit : 25 hôpitaux de l'A. P. (adultes, pédiâtrie, maternités), sur 31, 2 hôpitaux communaux sur 6, 1 hôpital départemental sur 2, 1 hôpital dépendant de la Préfecture de Police sur 2. Au total 29 hôpitaux sur 41 hôpitaux publics de la Seine. Les établissements non étudiés sont : ou les hôpitaux d'importance moindre (moins de 200 lits) ou des établissements de caractère spécial n'intéressant pas notre enquête, Institut Gustave-Roussy, Maison Saint-Lazare.

Nous pouvons tenter une estimation du pourcentage de malades hospitalisés étudiés par notre enquête dans les établissements de l'A. P., dont nous savons qu'elle a exploré 95,1 % des capacités d'hospitalisation [b]. Nous ferons cette étude pour l'année 1949, sur laquelle nous possédons le plus de renseignements [1].

Nous avons constamment, au cours de notre enquête relevé le nombre total de malades hospitalisés, à côté du nombre de Nord-Africains hospitalisés, au cours des semaines témoins, et dans tous les hôpitaux prospectés.

Le nombre total de malades hospitalisés au cours de la 1re semaine de mars 1949 dans les 25 hôpitaux de l'A. P. étudiés (adultes, pédiâtrie, maternités) est de 5.919. Selon l'estimation (E3) nous obtiendrions un nombre d'hospitalisés dans l'année de 307.788. Le nombre réel est de 290.285 pour le total des services d'hôpital, en fait de 282.681, si l'on retranche certains services particuliers de chroniques, rééducation et convalescents [2]. Nous savons en effet que notre extrapolation (E3) nous donne des chiffres trop forts. Nous pouvons faire une estimation de l'erreur que nous commettons pour la population hospitalisée métropolitaine. L'étude des courbes saisonnières [3] nous montre que l'estimation du total annuel par extrapolation sur le chiffre de mars est 6,9 % plus forte que l'estimation par interpolation sur les moyennes des 12 mois. Si nous apportons cette correction à notre estimation des hospitalisés dans l'année, nous obtenons : 307.789 — 6,9 % = 286.555. Ce chiffre est très voisin du chiffre réel (282.681) quoique encore supérieur. Il apparaît que nos erreurs d'estimation restent supérieures au chiffre des hospitalisés que nous n'avons pas exploré. La proportion de ces hospitalisés non explorés ne semble guère pouvoir être supérieure à 1 à 2 %.

Si nous envisageons maintenant l'ensemble des hospitalisés de la Seine nous devons constater que :

1) le taux d'attraction des établissements de l'A. P. [4] sur le total des malades hospitalisés est de 98,8 % dans Paris, supérieur à 95 % dans 48 communes de la Seine sur 80.

2) Ce taux est compris entre 40 et 95 % dans 39 communes ainsi réparties :

— Créteil et 11 communes avoisinantes.

— Bobigny et 3 communes avoisinantes.

— Saint-Denis et 6 communes avoisinantes.

Le taux d'attraction de l'A.P. y est inférieur en raison de l'attraction des 3 hôpitaux de Créteil, Saint-Denis et Franco-Musulman de Bobigny. L'exploration de ces 3 hôpitaux a toute chance d'avoir ramené à plus de 95 % la population hospitalière de ces localités étudiées par notre enquête.

— Parmi les 9 communes restantes, situées dans la banlieue Nord-Ouest :

Nanterre peut être considéré comme bien exploré, son hôpital ayant été compris dans notre enquête.

Les 9 communes de Suresnes, Puteaux, Courbevoie, Neuilly, Garenne-Colombes Bois-Colombes, Asnières, ont été moins bien explorées : les hôpitaux de Neuilly

---

[a] Cf. *supra*, Introduction p. 13 et suivantes.

[b] Cf. *supra*, Introduction p. 17.

1. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie. *Enquête Hospitalière Générale.*
— **12** — A. Gardie. *Les Hôpitaux des grandes agglomérations urbaines.*

2. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie, *op. cit.*

3. — **17** — *Op. cit.* Courbes saisonnières d'hospitalisation en médecine (adulte) et chirurgie (adultes et enfants).

4. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie, *op. cit.*

Puteaux, Courbevoie et Foch n'ayant pas été étudiées. Le taux d'attraction de l'A. P. varie pour ces communes de 40 à 90 %. Il est de 50 % en moyenne. La population nord-africaine de ces communes peut être estimée à 4.000 habitants environ, soit 4 % environ de la population dans la Seine. Cette population n'étant explorée qu'à 50 %, nous devons considérer que les hospitalisés de ces communes qui ont échappé représentent 2 % de l'ensemble des hospitalisés nord-africains de la Seine.

Nous pouvons raisonnablement penser que les estimations que nous faisons concernent plus de 95 % du total des hospitalisés nord-africains de la Seine. C'est pourquoi nous n'apportons jamais de facteur de correction, de ce point de vue, la précision de nos estimations étant par ailleurs rarement supérieure à 5 %.

II. — POURCENTAGE DE NORD-AFRICAINS DANS LES HOPITAUX DE LA SEINE

Ce taux était en 1956 voisin de 7 %, alors que la population nord-africaine représente environ 2 % de la population totale de la Seine : 100.000 sur 5.000.000. Le taux de fréquentation hospitalière est donc 3,5 fois supérieur au taux moyen de la population de la Seine.

Au cours de l'année 1955, le nombre des malades hospitalisés dans les 17 principaux hôpitaux de l'Assistance publique a été de 270.920 (E2). Le nombre correspondant d'hospitalisés nord-africains a été de 17.576, soit 6,48 %.

Cette proportion a été sans cesse croissante depuis 1947, parallèlement à l'augmentation de la population nord-africaine de la Seine. En effet l'augmentation du nombre des hospitalisés métropolitains a par ailleurs été faible. Si l'accroissement du nombre total des hospitalisés, passé de 4.845 dans la 1re semaine de mars 1947 à 5.498 en mars 1956, est de 11,8 %, le nombre des hospitalisés métropolitains n'a augmenté pour sa part que de 7,2 % : de 4.745 à 5.114. L'accroissement est justement dû, pour le surplus, à l'augmentation constante du nombre des hospitalisés nord-africains.

Voici le nombre d'hospitalisés, au cours des semaines étudiées par notre enquête, dans les 17 principaux hôpitaux de l'Assistance publique, et le pourcentage d'hospitalisés nord-africains :

	Total	Nord-africains	Métropolitains	% de NA
1re semaine de				
3/1938	5.378	30	5.348	0,55
3/1947	4.845	100	4.745	2,06
3/1949	4.803	111	4.692	2,31
3/1951	4.954	151	4.803	3,04
3/1953	4.800	253	4.547	5,27
3/1954	5.129	263	4.866	5,12
1	5.587	379	5.208	6,78
3	5.413	349	5.064	6,44
7	4.920	282	4.638	5,73
10/1955	4.920	342	4.578	6,95
1	5.881	410	5.471	6,97
3/1956	5.498	384	5.114	6,98

Le pourcentage des Nord-Africains dans les différents hôpitaux est variable, en fonction de la densité de population nord-africaine dans les communes ou arrondissements compris dans leurs circonscriptions.

Voici le nombre d'hospitalisés (selon E2) dans les 17 hôpitaux de l'Assistance publique en 1955 (hospitalisés totaux, hospitalisés nord-africains, pourcentage de ceux-ci) :

Hôpitaux	Total	Nord-Africains	% de NA
Beaujon	22.360	2.327	10,4
Bicêtre	13.897	910	6,5
Bichat	23.036	1.105	4,8
Boucicaut	10.920	(533)	(4,8)
Broussais	13.897	689	4,9
Claude Bernard	9.087	(403)	(4,4)
Cochin	14.209	1.027	7,2
Dubois	3.770	(533)	(13,4)
Hôtel-Dieu	18.187	1.170	6,4
Laennec	9.204	767	8,3
Lariboisière	25.012	1.417	5,6
Necker	8.333	533	6,3
La Pitié	22.633	1.404	6,2
Saint-Antoine	24.245	1.235	5,1
Saint-Louis	15.938	1.053	6,6
La Salpétrière	13.403	351	2,6
Tenon	22.581	1.391	6,1

Pour les hôpitaux dont les chiffres se trouvent entre parenthèses, la séparation n'a pu être faite entre malades nord-africains musulmans et non musulmans.

Le pourcentage de Nord-Africains varie donc de plus du simple au double selon les hôpitaux. Minimum à Bichat et Broussais ; il atteint son maximum à Beaujon et à la Maison de Santé Dubois.

Si nous étudions la répartition des hospitalisés nord-africains selon les services de médecine, chirurgie et spécialités (O.R.L., ophtalmologie. stomatologie) nous observons des pourcentages sensiblement différents de ceux que nous montre la population hospitalisée métropolitaine.

Cette étude est faite sur la population nord-africaine masculine seule. La répartitionpar service de la population nord-africaine féminine est spéciale : 53 % sont hospitalisées en maternités.

Elle concerne les 14 principaux hôpitaux de l'A.P. L'échantillon de cas déterminés est de 2.637. Les chiffres indiqués totalisent les 12 semaines de l'enquête (I).

Nous n'avons malheureusement pas pu dans les services de médecine faire de distinction entre les diverses spécialités. Ceci est regrettable, surtout en ce qui concerne la phtisiologie.

	Médecine		Chirurgie		Spécialités		Total
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
Beaujon	228	60,5	138	36,6	11	2,9	377
Bicêtre	123	78,9	33	21,1	—	—	156
Bichat	116	57,2	79	38,9	8	3,9	203
Broussais	95	73,7	34	26,3	—	—	129
Cochin	96	50,8	88	46,6	5	2,6	189
Hôtel-Dieu	93	50,5	77	41,9	14	7,6	184
Laennec	76	63,3	28	23,4	16	13,3	120
Lariboisière	130	60,8	70	32,7	14	6,5	214
Necker	87	73,7	31	26,3	—	—	118
La Pitié	156	63,7	84	34,3	5	2,6	245
Saint-Antoine	141	70,9	50	25,1	8	4,0	199
Saint-Louis	95	50,3	89	47,1	5	2,6	189
La Salpétrière	29	37,2	49	62,8	—	—	78
Tenon	151	64,0	73	30,9	12	5,1	236
Total	1616	61,28	923	35,00	98	3,72	2637

Nous observons des proportions variables selon les hôpitaux en fonction de l'importance réciproque des services de médecine et chirurgie dans chacun d'eux. Dans l'ensemble, 61,28 % des Nord-Africains sont hospitalisés en médecine, 35,0 % en chirurgie, 3,7 % en spécialité.

En 1949, sur 199.374 adultes hospitalisés dans les établissements de l'Assistance publique[1], 93,556, soit 47,37 % étaient hospitalisés en médecine, 43,74 % en chirurgie, 8,89 % en spécialité. (Les hospitalisées en maternité sont exclues). La proportion des Nord-Africains est donc beaucoup plus forte dans les services de médecine. Nous reviendrons sur ce point en étudiant le taux de fréquentation hospitalière.

Les diverses constatations que nous venons de faire expliquent la très forte proportion de Nord-Africains dans certaines salles d'hôpitaux

Considérons un hôpital tel que l'hôpital Beaujon. 22.360 malades y sont entrés en 1955 (E3) dont 20.033 métropolitains et 2.327 Nord-Africains. Si l'on tient compte dans les statistiques de l'Assistance publique [2] des femmes hospitalisées en maternité, le pourcentage des malades adultes entrant en service de médecine est de 40 % environ. (Or l'hôpital Beaujon comporte un service d'obstétrique). 8.000 malades environ au cours de l'année 1955 sont donc entrés en médecine. En première approximation on peut admettre qu'il s'y trouvait la moitié d'hommes, soit 4.000. Sur les 2.327 Nord-Africains, 60,5 %, soit 1.400 environ, ont également été hospitalisés en médecine. A de rares exceptions près, ces malades sont

1. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie, *op. cit.*
2. — **17** — Dr X. Leclainche et A. Gardie. *op. cit.*

tous des hommes. Dans les salles de médecine hommes de l'hôpital Beaujon, seront donc entrés à côté de 4.000 Métropolitains, 1.400 Nord-Africains soit 25,9 %.

Dans d'autres hôpitaux où le pourcentage des Nord-Africains est dans l'ensemble plus faible, une concentration identique pourra se produire dans les services de médecine générale et de phtisiologie, s'il existe des services de médecine spécialisés où les Nord-Africains sont très rares (cardiologie, endocrinologie, par exemple).

III. — TAUX DE FRÉQUENTATION HOSPITALIÈRE

Nous avons fait au chapitre I le calcul du taux de fréquentation hospitalière au cours des différentes années étudiées. Il est assez constant depuis 1949.

L'étude de ce taux nous avait conduit à ce moment à modifier certaines de nos estimations de population. C'est d'après cette nouvelle estimation que nous ferons tous nos calculs de taux d'hospitalisation ou de morbidité.

Voici le taux de fréquentation hospitalière observé en 1955, en fonction de l'estimation (E1) des hospitalisés (22.640) et des 2 estimations forte (a') et faible (b') de la population nord-africaine de la Seine.

	Estimation Forte (a') 110.000 habitants	Estimation Faible (b') 75.000 habitants
Taux pour mille habitants	206 ‰	302 ‰

Nous avons déjà signalé que ce taux est très élevé par rapport au taux moyen de la population de Paris qui est de 63,72 %.

Un taux de fréquentation hospitalière élevé n'est pas un phénomène défavorable en soi. Il est avant tout fonction de l'équipement hospitalier. En France [1] ce taux va de 11,9 ‰ pour le département du Cantal, à 63,72 ‰ et 77,12 ‰ pour les villes de Paris et Lyon. Il est de 118 ‰ pour l'ensemble du territoire des États-Unis. Dans la Seine les 2 seules communes où le taux dépasse 100 ‰ sont Suresnes et Bonneuil. Il n'y a aucune raison de penser que la morbidité de ces communes soit particulièrement forte. Mais, par contre, elles disposent d'hôpitaux modernes, bien équipés et agréables : l'Hôpital Foch et l'Hôpital de Créteil.

Pour des populations disposant du même équipement hospitalier, le taux de fréquentation sera ensuite fonction de la situation sociale. Dans Paris, les taux observés vont de 35,35 ‰ dans le 16e arrondissement à 83,83 ‰ dans le 13e. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, il est vraisemblable que certaines tranches de la population parisienne ont un taux de

1. — 12 — A. Gardie, *op. cit.*

fréquentation hospitalière du même ordre que celui observé chez les Nord-Africains. Les particularités de structure des échantillons de population hospitalière étudiés par l'enquête (II) ne permettent guère en effet de les considérer comme représentatifs de la population totale de Paris.

Nous avons observé que le pourcentage des Nord-Africains hospitalisés en chirurgie était plus faible que celui des Métropolitains. Nous avons calculé les taux de fréquentation des services de médecine, chirurgie et spécialité (O.R.L., ophtalmologie, stomatologie) en 1955.

Ils sont calculés sur l'estimation (E1) des hospitalisés en 1955. L'estimation des malades hospitalisés en médecine, chirurgie et spécialité est faite d'après les pourcentages moyens observés p. 129, soit : 61,28 % en médecine, 35,00 % en chirurgie, 3,72 % en spécialité.

nombre d'hospitalisés :		selon estimation (a')		selon (b')	Taux moyen pour Paris[1]
en médecine	13.874	126	à	185 ‰	27,75 ‰
en chirurgie	7.924	71	à	105 ‰	25,46 ‰
en spécialité	842	7	à	11 ‰	—
Totaux	22.640	204	à	301 ‰	—

Le taux de fréquentation des services de chirurgie reste très fort par rapport à celui de la population générale de Paris.

IV. — ZONES D'ATTRACTION DES DIFFÉRENTS HOPITAUX DE LA SEINE PAR RAPPORT A LA POPULATION NORD-AFRICAINE

Le tableau I indique le nombre de malades provenant de chaque commune ou de chaque arrondissement et hospitalisés dans chaque hôpital en un an.

Nous avons fait cette étude pour les 14 principaux hôpitaux de l'A.P. et pour les hôpitaux de Créteil, Saint-Denis, Nanterre et l'Hôpital franco-musulman de Bobigny.

L'estimation du nombre des malades par an est faite selon (E4) en adoptant le coefficient 6. Dans chaque colonne, le premier chiffre indique le nombre de malades observés dans l'enquête, le deuxième l'estimation du nombre d'hospitalisés par an.

Cette étude montre que la presque totalité des malades nord-africains, hospitalisés dans un hôpital, provient de la circonscription de cet hôpital. Le recrutement des malades est donc très local. Il n'est qu'une exception : l'Hôpital franco-musulman de Bobigny qui reçoit des malades provenant

1. — 17 — Dr X. Leclainche et A. Gardie, *op. cit.*

TABLEAU I — Domicile des malades hospitalisés dans divers hôpitaux de la Seine

	Hotel Dieu		Pitié		Salpêt.		Bicêtre		Cochin		Broass.		Necker		Laennec		Beaujon		Bichat		Lariboisi.		St Louis		Tenon		St Antoine		Franco Musul		St Denis		Creteil		Nanterre	
1°	13	78															2	12					2	12	2	12	1	6								
2°	22	132							2	12					1	6			1	6	1	6			1	6	1	6	5	30						
3°	35	210	7	42					3	18					1	6			1	6			6	35	1	6	5	30	3	18	1	6				
4°	33	198	13	78	1	6			2	12			1	6	1	6			1	6			3	18			5	30	4	24			1	6		
5°	24	144	6	36	4	24	1		76	456	1	6					2	12					4	24	3	18	1	6	9	54						
13°	1	6	45	270	16	96	66		20	120	6	36			3	18	2	12			2	12	1	6	3	18	4	24	15	90			1	6		
Ivry	1	6	12	72			5		1	6							1	6							1	6			1	6						
Vitry	1	6	27	162			–		1	6	1	6											1	6					1	6						
Choisy	1	6	12	72			30		1	6																							2	12		
Nfortville			15	90	9	54	1		1	6													1	6									10	60		
Kremlin B.									–																											
Villejuif							4		–														2	12												
Gentilly			1	6			6		–		1	6			2	12																				
6e									7	42					4	24							1	6					4	24						
Arcueil							1		4	24																										
L'Hay les R.			2	12			3		12	72	2	12																								
Fresnes									2	12																										
14°	1	6	3	18			1		10	60	50	300			2	24	1	6	1	6	1	6					1	6	1	6						
Montrouge											5	30																	2	12						
Malakoff									1	6	2	12																	1	6						

TABLEAU I (suite)

	Hotel Dieu	Pitié	Salpêt.	Bicêtre	Cochin	Brouss.	Necker	Laennec	Beaujon	Bichat	Lariboisière	St Louis	Tenon	St Antoine		Franco Musul.	St Denis	Créteil	Nanterre
Chatillon						2 12													
Bagneux						1 6													
Vanves						1 6										1 6			
Clamart						1 6													
15e	3 18		3 18	2	2 12	32 192	59 352	14 84	4 24	1 6	2 12	6 36	2 12	3 18		13 78	1 6	2 12	
Issy	1 6				2 12		2 12	2 12	1 6	1 6						3 18			
16e	1 6						3 18	1 6					1 6	1 6		1 6			
Boulogne	4 24		2 12		1 6		24 144	3 18				2 12	1 6	3 18		7 42			
7e					1 6			8 48				1 6							
Suresnes							2 12		2 12		1 6					1 6			
Puteaux		1 6						10 60								2 12			4 24
Nanterre	1 6	1 6				2 12		38 228	5 30	1 6	2 12		1 6	2 12		5 30			94 564
8e								1 6	1 6							3 18			
17e			1 6		1 6		3 18	3 18	22 132	43 252	3 18	2 12	1 6			21 126			
Neuilly							3 18		2 12							1 6			
Levallois	1 6	1 6	4 24	1				1 6	35 210	3 18						5 30			
Clichy		1 6	2 12	1		1 12			84 504	2 12		1 6	1 6			16 96			
Courbevoie									6 36		1 6					3 18			3 18
Gar. Colombes					1 6				3 18										5 30
Colombes			1 6						15 90		1 6	2 12				5 30			17 102

TABLEAU I (suite)

	Hotel Dieu		Pitié		Salpêt.		Bicêtre		Cochin		Brouss.		Necker		Laennec		Beaujon		Bichat		Lariboisi.		St Louis		Tenon		St Antoine				Franco Musul.		St Denis		Créteil		Nanterre	
Asnières									1	6	1	6					22	132					1	6			1	6			10	60						
Bois-Colomb.			1	6											1	6	2	12													1	6					3	18
Genevilliers			1	6					1	6	1	6	2	12	1	6	121	726	4	24											10	60					1	6
9e	1	6											1	6					6	36			1	6							2	12						
St Ouen															1	6	4	24	36	216	2	12									6	36	2	12				
18e	6	36	4	24	4	24	1		5	30	4	24			1	6	15	90	72	432	105	630	8	48	2	12	3	18			29	174	3	18				
St Denis	2	12			1	6									1	6	2	12	6	36	14	84	1	6							22	134	162	972				
Aubervilliers	1	6	1	6	2	12	1		2	12					2	12			3	18	23	138	16	96	1	6	1	6			66	396	6	36			1	6
Le Bourget																					1	6																
10e	2	12											1	6					1	6	11	66	20	120	2	12					2	12						
19e	2	12	2	12	2	12	1		5	30	3	18	2	12			5	30	4	24	13	78	29	174	13	78	3	18			53	318	3	18				
La Courneuve	1	6																	1	6							2	12			9	54	1	6			1	6
Prés St Gervais			1	6	1	6			1	6											1	6			1	6					4	24						
Pantin									1	6									1	6	7	42			1	6					6	36						
Bobigny																							1	6	1	6					3	18						
Drancy									2	12	1	6							1	6	1	6	1	6	2	12					18	108	1	6				
Romainville																									3	18					4	24						
Noisy le Sec																									3	18					4	24						
Bondy			2	12																			5	30	2	12	1	6			15	90						
Pavillon s/s					2	12																																

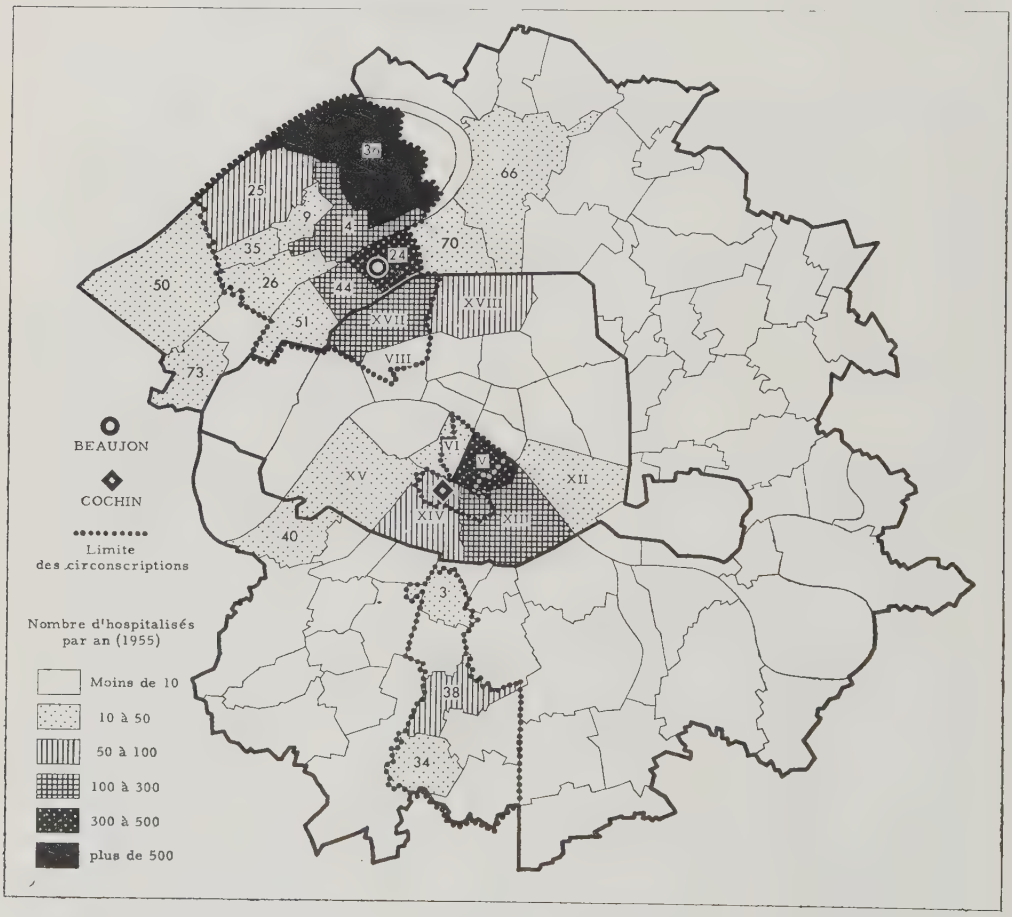
TABLEAU I (suite)

	Hotel Dieu		Pitié		Salpêt.		Bicêtre		Cochin		Brouss.		Necker		Laennec		Beaujon		Bichat		Laribois		St Louis		Tenon		St Antoine				Franco Musul.		St Denis		Creteil		Nanterre	
11^e	3	18	11	66	1	6	1		1	6			6	36	13	78			1	6	2	12	16	96	29	174	49	294			11	66			1	6		
20^e	4	24	15	90	3	18	1		1	6					3	18	2	12			3	18	18	108	105	630	5	30			34	204	1	6	1	6		
Les Lilas																																						
Bagnolet																			1	6					5	30	1	6										
Montreuil			1	6			1																1	6	26	156					9	54					1	6
Rosny																									1	6					1	6						
Villemonble																									2	12					2	12						
12^e	1	6	11	66	1	6			2	12					1	6							3	18	1	6	71	426			8	48						
St Mandé																									1	6	1	6										
Vincennes			1	6																							10	60			1	6						
Fontenay									1	6																	1	6										
Mogent																							1	6														
Le Perreux																											1	6										
Charenton			3	18	3	18																									1	6			1	6		
Maison Alfort			1	6																			1	6														
Champigny			3	18	2	12																									1	6			5	30		
St Maur	1	6	1	6																											1	6			38	228		
Creteil																																			2	12		
Bonneuil																																						
St Maurice			1	6															1	6																		

de toutes les communes de la Seine et de tous les arrondissements de Paris où existe un noyau nord-africain notable.

La carte I montre à titre d'exemple la comparaison de la zone d'attraction de deux hôpitaux, et de leur circonscription.

Carte I — Zones d'attraction de l'hôpital Cochin et de l'hôpital Beaujon



V. — MODE DE SORTIE

Les différents modes de sortie sont étudiés sur les échantillons que nous fournissent l'enquête (II) dans un service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu et l'enquête (III) dans un service de médecine générale de l'Hôpital Necker. Ces données peuvent être comparées à celles que fournissent l'étude des échantillons métropolitains de l'Hôtel Dieu, de même courbe d'âge que les échantillons nord-africains, extraits de l'ensemble des malades selon la méthode exposée au chapitre II.

Le tableau II indique les modes de sortie pour 2 échantillons de Nord-Africains et 3 échantillons de Métropolitains.

Les proportions des sorties simples, des placements en maisons de convalescence, des transferts, des sorties sur demande, ne montrent pas dans les divers échantillons de différences très significatives.

Notons en particulier que le pourcentage des sorties sur demande est du même ordre dans les 2 populations, contrairement à certaines opinions souvent émises sur l'instabilité et l'indiscipline des malades nord-africains. L'instabilité et l'indiscipline ne sont d'ailleurs pas les seules causes de sorties sur demande. Des considérations familiales et sociales interviennent fréquemment aussi bien chez les Nord-Africains que chez les Métropolitains. Dans les cas que nous avons étudiés personnellement, la sortie sur demande, contre l'avis du médecin, était dans plusieurs cas provoquée par le désir de reprendre le travail et de garder la possibilité de subvenir aux besoins d'une famille restée en Afrique du Nord.

Les pourcentages de placements en sanatorium ou préventorium sont nettement plus forts dans les échantillons de Nord-Africains. Or nous verrons que la proportion de malades tuberculeux n'est pas très différente chez les malades nord-africains ou métropolitains de l'Hôtel-Dieu. En fait, un tuberculeux hospitalisé dans un service de médecine générale peut être soit envoyé en sanatorium, soit transféré dans un service de phtisiologie. Mais les services de phtisiologie ne suffisent pas à hospitaliser tous les malades tuberculeux. Ils peuvent donc opérer une sélection des malades dont ils accepteront le transfert, et il est possible que les Nord-Africains soient moins volontiers acceptés par ces services spécialisés. Si nous faisons le total des pourcentages des transferts et des placements sanatoriaux, les chiffres deviennent très voisins dans les divers échantillons : 18,1 et 20,3 % pour les Nord-Africains, 16,1, 17,0, 18,4 pour les Métropolitains.

Par ailleurs, il est dans certains cas possible de poursuivre le traitement d'un tuberculeux métropolitain à domicile. Mais il est très rare que des conditions de logement satisfaisantes permettent de le faire chez un Nord-Africain. L'envoi en sanatorium sera donc presque toujours indispensable.

Le pourcentage des décès est plus fort dans la population métropolitaine. Nous reviendrons sur ce point lors de notre étude de la mortalité [a].

Il peut être intéressant de se demander si la solution adoptée à la sortie, ou parfois seule possible, était la solution désirable. Lors de l'enquête (II) une question a été posée sur la mesure souhaitable à prendre à la sortie.

Dans certains cas, la mesure souhaitable correspondait à une organisation ou un cadre de soins existant. Il en est ainsi dans la plupart des cas où des mesures de caractère médical sont nécessaires : convalescence, placement en maison de convalescence, en sanatorium, préventorium, maison de post-cure, transfert en service spécialisé. La solution est le

---

[a] Cf. *infra*, Chapitre IV, p. 181.

TABLEAU II — Mode de sortie (comparaison des malades nord-africains et métropolitains)

Echantillons	Decès		Transfert		Placement en Sanatorium, Preventorium, Postcure		Placement en maison de convalescence		Sortie simple ou avec convalescence		Sortie sur demande	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Nord Africains												
Hopital Necker (83 cas)	0	0	6	7,3	9	10,8	6	7,3	56	67,3	6	7,3
Hotel Dieu (145 cas)	2	1,4	20	14,0	9	6,3	3	2,1	88	60,9	22	15,3
Metropolitains (de même courbe d'âge) Hotel Dieu												
Toutes situations de famille (312 cas)	21	6,7	46	14,8	4	1,3	17	5,5	182	58,3	42	13,4
Célibataires, veufs, divorcés 1° Echantillon (231 cas)	13	5,7	32	13,9	7	3,1	15	6,5	133	57,3	31	13,5
2° Echantillon (230 cas)	5	2,3	38	16,6	4	1,8	13	5,7	148	63,9	22	9,7

plus souvent facilement trouvée, dans des délais assez courts. On peut donc constater que l'organisation purement médicale est assez satisfaisante.

Deux types de mesures de caractère à la fois médical et social n'offrent que peu d'intérêt dans le cas de la population nord-africaine, d'une part : le *home care* qui ne deviendrait une solution possible qu'après qu'aurait été résolu le problème du logement. Il n'est en effet pas concevable dans les conditions actuelles d'habitat des Nord-Africains. D'autre part, le placement des vieillards et incurables qui pose un problème si important et si mal résolu pour la population métropolitaine, ne concerne que pour de rares cas la population nord-africaine, essentiellement jeune.

Mais chaque fois que la mesure souhaitable a un caractère purement social, on se heurte à une grave insuffisance ou même une absence complète des solutions possibles ou des moyens existants. Trois types de mesures ont été parfois considérées comme éminemment désirables : le relogement, le placement pour asociaux irrécupérables, le reclassement professionnel. Nous n'insisterons pas sur le problème du relogement que nous avons étudié au chapitre précédent.

La notion même d'asocial irrécupérable semble exclure toute solution possible. Elle correspond à des individus dont on sait qu'ils ne pourront s'astreindre à la persévérance, au travail et à la discipline nécessaires à une réintégration sociale. 3 de ces cas se présentaient parmi les 145 malades nord-africains de l'enquête (II).

En fait, la solution doit être préventive et se situe au niveau de la catégorie suivante.

Ce sont, en effet, pour une bonne part les malades qui auraient nécessité un reclassement professionnel qui fourniront à plus ou moins brève échéance des asociaux irrécupérables. Dans 10 cas sur 145 malades étudiés par l'enquête (II), le reclassement professionnel était la mesure souhaitable. La plupart de ces cas sont d'anciens tuberculeux plus ou moins bien stabilisés, parfois des pulmonaires chroniques, d'anciens ulcéreux gastrectomisés, des accidentés du travail, des invalides de guerre. Leur état de santé ne leur permet pas de reprendre leur travail de manœuvre. En l'absence de toute qualification professionnelle, aucune activité ne leur est ouverte. Notre enquête (III) nous fournit des exemples de ces situations. Cas, 15, 16, 22, du graphique IV, page 106, ayant cessé tout travail depuis 6 à 10 ans, à l'âge de 25, 34, 38 ans. Dans les 3 cas il s'agit de tuberculeux, dans un cas s'ajoute une blessure de guerre, dans un autre la tuberculose s'est déclarée après une gastrectomie pour ulcère duodénal. Ces malades vont d'hôpital en sanatorium, souvent sont sans domicile fixe dans l'intervalle des hospitalisations. Tous trois étaient manœuvres et ne peuvent reprendre de travail sans provoquer une rechute ou une aggravation de leur maladie. Il faut remarquer que le rapatriement en Algérie, parfois envisagé comme solution, ne résout pas en réalité le problème. Ces malades ne sont pas davantage capables d'un travail agricole, le seul qui leur soit offert en Afrique du Nord, et se trouvent, de plus, privés bien souvent de soins médicaux. Dans 2 des cas cités (15 et 16) les malades ont été rapatriés en Algérie, mais sont revenus en France au bout d'un an et 1 an ½ pour se faire soigner.

A l'opposé, les cas 24 et 37 montrent les conditions favorables. Ces 2 malades sont ouvriers spécialisés chez Renault. L'un, traité médicalement et guéri d'un ulcère duodénal en 1952, souffre maintenant d'un asthme sévère. L'autre a été traité en 1949 pour une tuberculose pulmonaire, dépistée précocement. Lors de son hospitalisation actuelle pour une pneumopathie aiguë, les radiographies pulmonaires ont montré la parfaite guérison de sa tuberculose. Tous deux ont été mutés, après leur maladie, à un poste dans l'entreprise en rapport avec leurs possibilités.

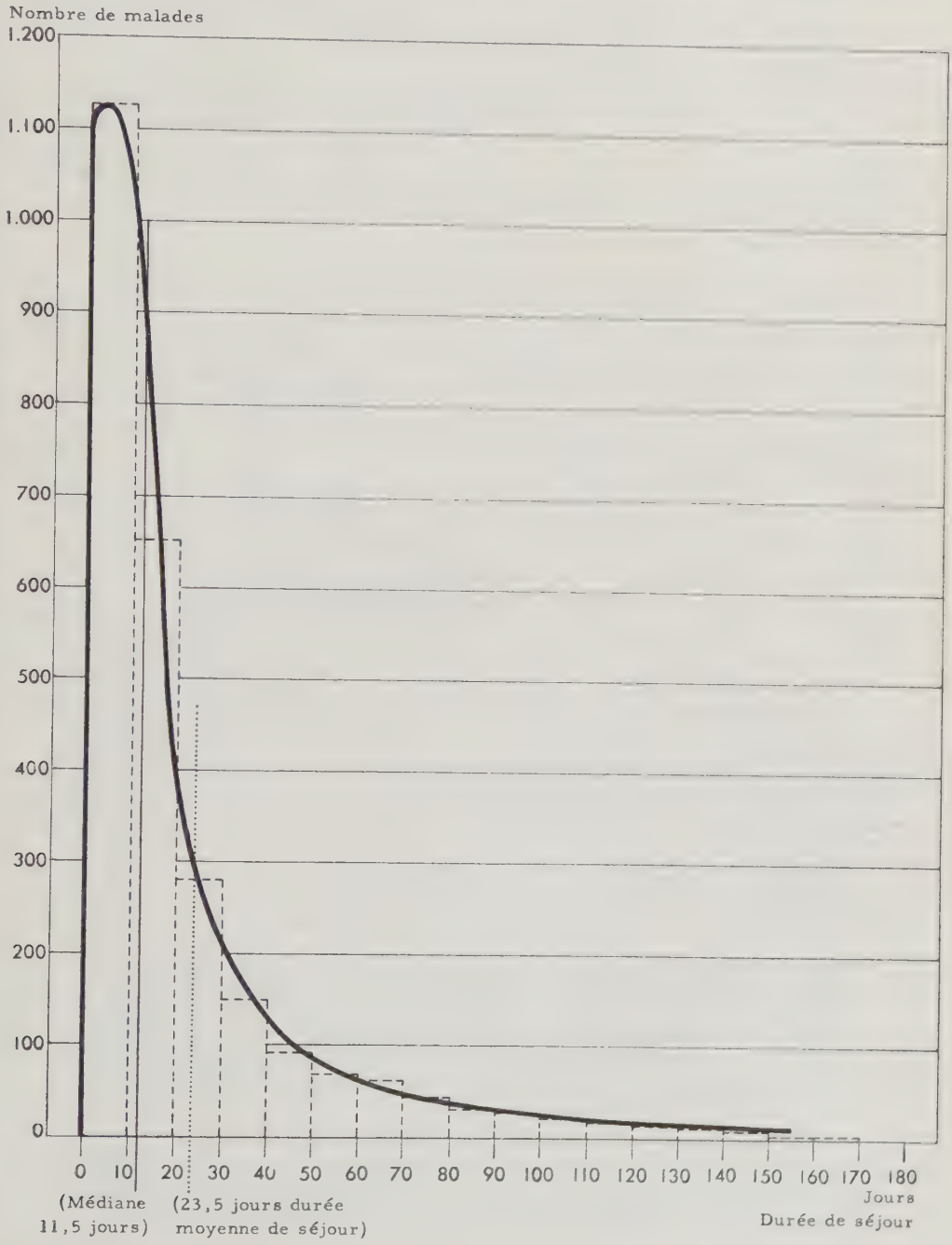
La condition première du reclassement professionnel est l'acquisition d'une certaine instruction et qualification. Dans les trois cas que nous avons cités, les malades ont passé dans les hôpitaux et sanatoriums des années qui auraient pu être utilisées à leur formation. Par l'effet de concentration que nous avons signalé au début de ce chapitre, le nombre des Nord-Africains est suffisamment important dans certains hôpitaux ou sanatoriums pour justifier l'organisation de tels services d'enseignement général et professionnel.

VI — DURÉES DE SÉJOUR

Durée de séjour (en jours)	Nombre de malades	Nombre de journées	Durée de séjour	Nombre de malades	Nombre de journées
1 ou moins	131	(118)	20 à 29	286	(7.121)
2	125	256	30 à 39	150	(5.195)
3	130	390	40 à 49	92	4.140
4	136	544	50 à 59	68	3.740
5	129	645	60 à 69	60	3.900
6	118	708	70 à 79	40	3.000
7	168	1.176	80 à 89	28	2.380
8	76	608	90 à 99	25	2.375
9	111	999	100 à 109	21	2.185
10	100	1.000	110 à 119	19	2.185
11	91	1.001	120 à 129	17	2.111
12	76	912	130 à 139	12	1.620
13	63	819	140 à 149	8	1.160
14	71	994	150 à 199	13	2.275
15	53	795	200 à 299	13	3.250
16	50	800	300 à 399	2	700
17	67	1.139	400 à 499	1	450
18	47	846			
19	38	722		2.635	62.379

Tableau III Durée de séjour.

Graphique I — Distribution des durées de séjour dans la population d'hospitalisés nord-africains



L'étude des durées de séjour est importante. L'estimation du nombre de journées d'hospitalisation est la façon la plus simple, quoique non absolument exacte, d'apprécier le coût des hospitalisations.

La répartition des malades nord-africains selon leur durée de séjour et le nombre de journées d'hospitalisation correspondant à chaque tranche, est indiquée dans le tableau III.

Ces données sont tirées de l'enquête (I) et concernent 2.638 malades adultes de sexe masculin. La durée de séjour est toujours exactement connue en nombre de jours, mais au delà de 20 jours nous les avons groupés par tranches de 10 puis 100 jours.

Le graphique I est la représentation de la première colonne de ce tableau. Il indique le nombre de malades hospitalisés de 0 à 9 jours, de 10 à 19 jours,... etc...

La moyenne des durées de séjour est de 23,5 jours. Elle est en moyenne à Paris pour l'ensemble de la population hospitalisée de 21,3 jours [1], tuberculeux déduits, pour médecine et chirurgie (24,69 jours en médecine, 17,77 jours en chirurgie). Si nous déduisons les tuberculeux, la durée moyenne de séjour des Nord-Africains est de 19,5 jours. Nous devons considérer par ailleurs que la proportion des hospitalisés en médecine est plus forte que dans la population métropolitaine. Cette moyenne de durée de séjour est donc plutôt courte.

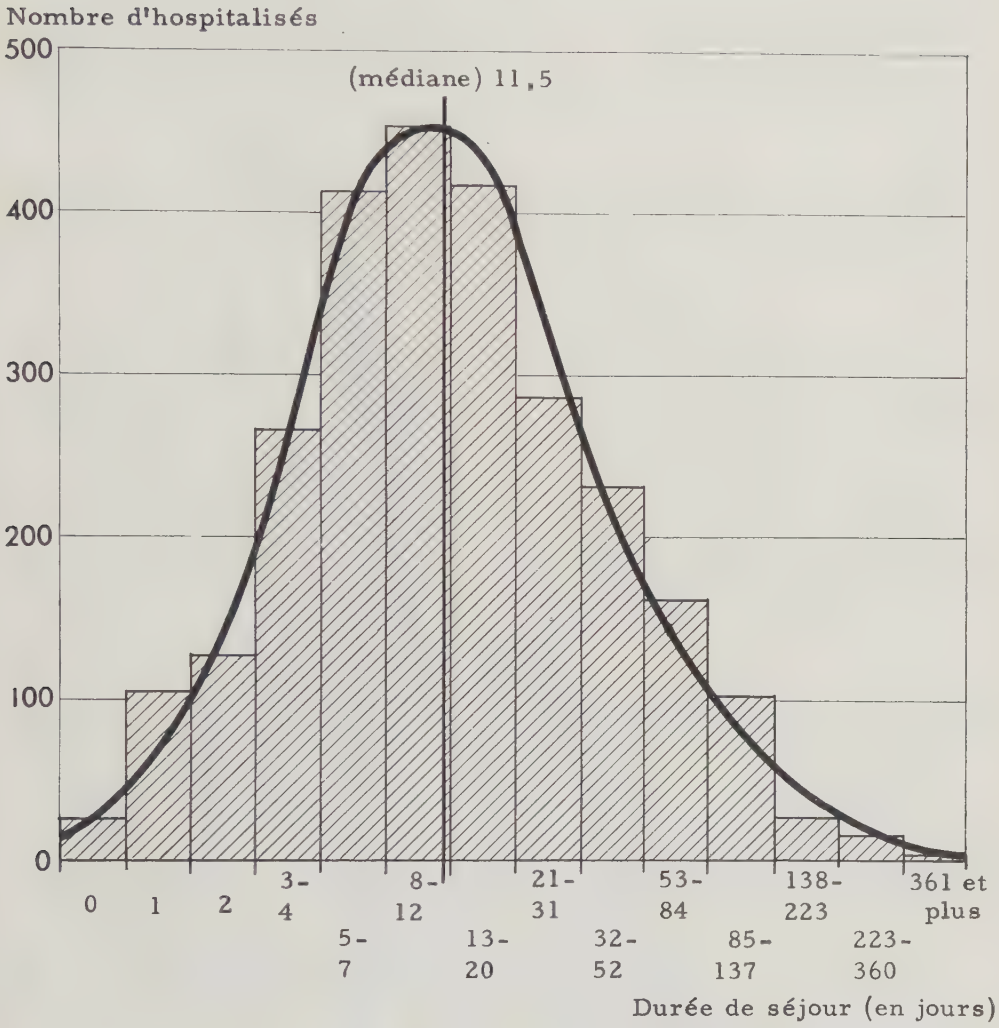
L'influence de l'âge des malades est certainement importante. L'étude statistique faite par M. Sully Lederman et M. le Professeur agrégé Péquignot dans un service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu [2] montre l'influence de l'âge sur la durée d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour allait de 20,8 jours pour les malades âgés de 20 à 29 ans à 39,2 jours pour les malades âgés de 60 à 69 ans. Or l'âge moyen de la population nord-africaine hospitalisée est de 33 ans. Pour la tranche d'âge de 30 à 39 ans, la durée moyenne de séjour dans le service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu était de 21,9 jours pour l'ensemble des malades.

L'étude de la durée moyenne de séjour donne une bonne indication du coût moyen des malades hospitalisés. Elle ne donne cependant pas une idée juste des temps de séjour à l'hôpital car la présence d'un faible pourcentage de malades hospitalisés très longtemps suffit à l'augmenter fortement. Il est plus instructif de considérer la médiane. Elle est pour l'ensemble des malades nord-africains hospitalisés de 11,5 jours. 50 % des malades ont été hospitalisés 11 jours ou moins. Nous avons indiqué sur le graphique I la position de la médiane, mais sa signification apparaît mieux sur le graphique II. Nous y avons utilisé une échelle des durées d'allure logarithmique. Cette médiane correspond à des durées de séjour très courtes. Chez les hospitalisés du service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu, la tranche d'âge de 40 à 60 ans, en presque totalité métropolitaine, et qui fournit la plus forte proportion des hospitalisés, a une moyenne de séjour de 29,3 jours, correspondant à une médiane de 20 jours [3].

---

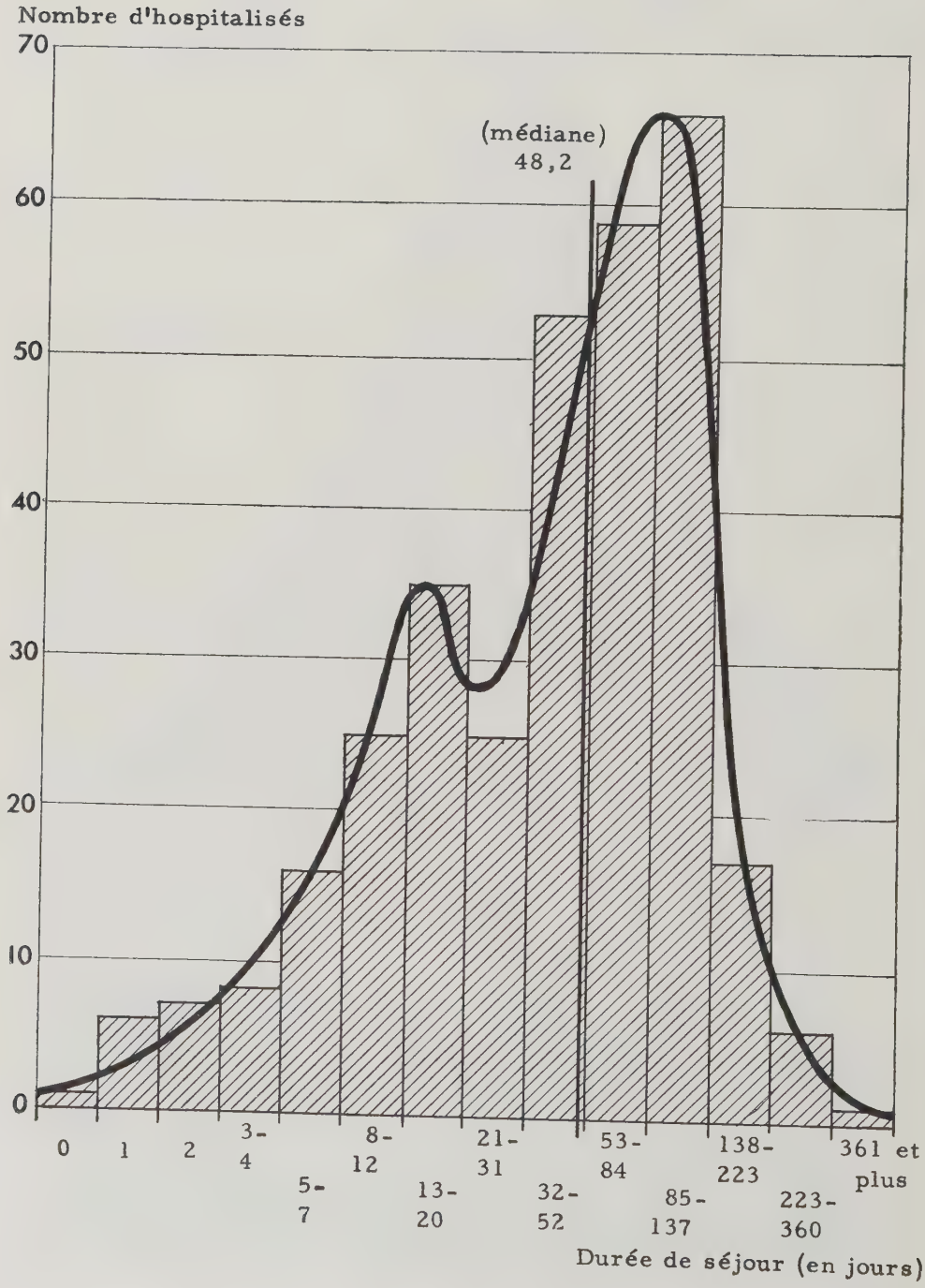
1. — **12** — A. Gardie, *op. cit.*
2. — **18** — S. Lederman et H. Péquignot. *Les besoins d'hospitalisation et l'âge (chez l'adulte).* Semaine Professionnelle et Médico-sociale, N° 2, 14-1-54, p. 41.
3. — **18** — S. Lederman et H. Pequinot, *op. cit*, p. 44, Graphique V.

Graphique II — Distribution des durées de séjour



Il est intéressant de discriminer dans cette population hospitalisée les malades tuberculeux. Pour 325 malades, le nombre des journées d'hospitalisation est de 19.017. La durée moyenne de séjour est donc de 58,5 jours. La médiane est de 48,2 jours. Nous avons établi le graphique III selon la même échelle des durées que le graphique II. Il met en évidence un phénomène particulier. Cette courbe est à deux sommets. La population tuberculeuse hospitalisée est hétérogène. Elle montre 2 types de malades. La première population dont le mode se situerait vers 15 jours, comprend les malades dont la tuberculose a été récemment dépistée, ou présentant une forme peu grave, ou entrés tout d'abord dans un service

Graphique III — Distribution des durées de séjour des Nord-Africains hospitalisés pour tuberculose



non spécialisé. Ces malades sont rapidement transférés en sanatorium ou en service spécialisé. La 2e population, dont le mode se situerait vers 80 jours, comprend les malades qui nécessitent un séjour prolongé en hôpital avant leur envoi en sanatorium.

Nous avons déjà indiqué que si les tuberculeux étaient exclus, la moyenne de la durée de séjour était de 19,5 jours. Quant à la médiane, elle tombe alors à 10,2 jours.

Dans l'ensemble de l'enquête (II), pour les hospitalisés métropolitains de sexe masculin, la médiane est de 13 jours. Pour les hospitalisés de sexe féminin, elle est de 19 jours.

L'intérêt de cette étude est de montrer comment se répartissent dans une population de malades les charges d'hospitalisation.

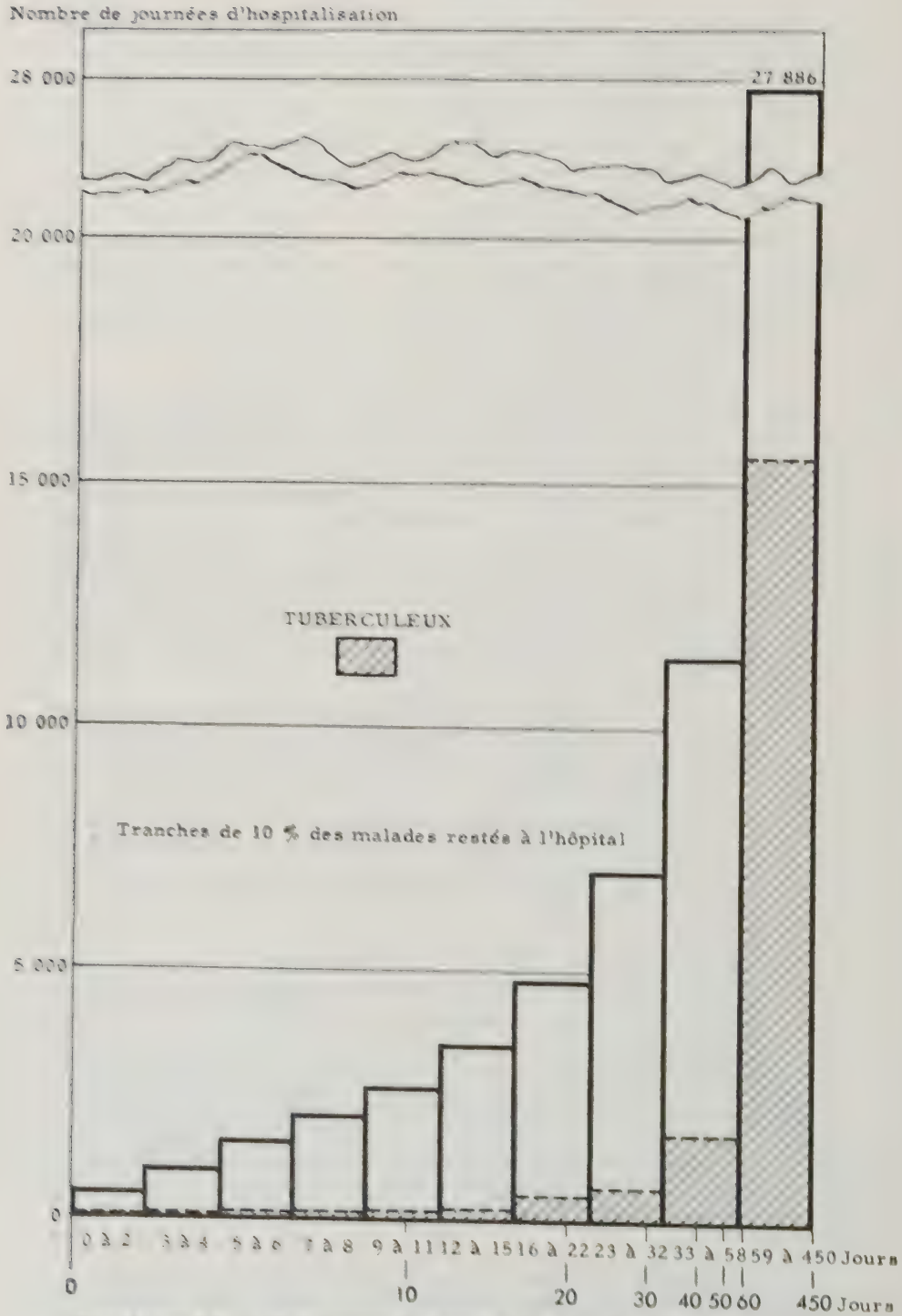
Sur le graphique IV nous avons partagé les 2.638 malades de notre enquête (I) en tranches de 10 % (soit de 264 malades) classés par durées de séjour croissantes. Les durées de séjour correspondant à chaque tranche sont indiquées. Elles s'ordonnent automatiquement en abscisse selon une échelle approximativement logarithmique. En ordonnée est porté le nombre de journées d'hospitalisation correspondant aux 264 malades de chaque décime. Nous voyons combien croissent les charges d'hospitalisation lorsque augmente la durée de séjour. Dans chaque tranche, nous avons indiqué le nombre de journées d'hospitalisation des tuberculeux qui y sont contenus. Nous voyons que la proportion des journées d'hospitalisation pour tuberculose, presque négligeable dans les 9 premières tranches, devient considérable dans la 10e où elle est de 55 %.

Le graphique V est construit sur les mêmes abscisses. En ordonnée sont portés les pourcentages de la totalité des journées d'hospitalisation que représente chaque tranche de 10 % de malades. Sur les 2 lignes situées au-dessus et au-dessous du graphique, sont indiqués les pourcentages des journées d'hospitalisation totales en fonction du pourcentage des malades. Sur la ligne supérieure se lisent les pourcentages observés lorsque l'on va des longues durées de séjour vers les courtes. Sur la ligne inférieure ceux observés lorsque l'on considère des tranches de malades aux durées de séjour croissantes.

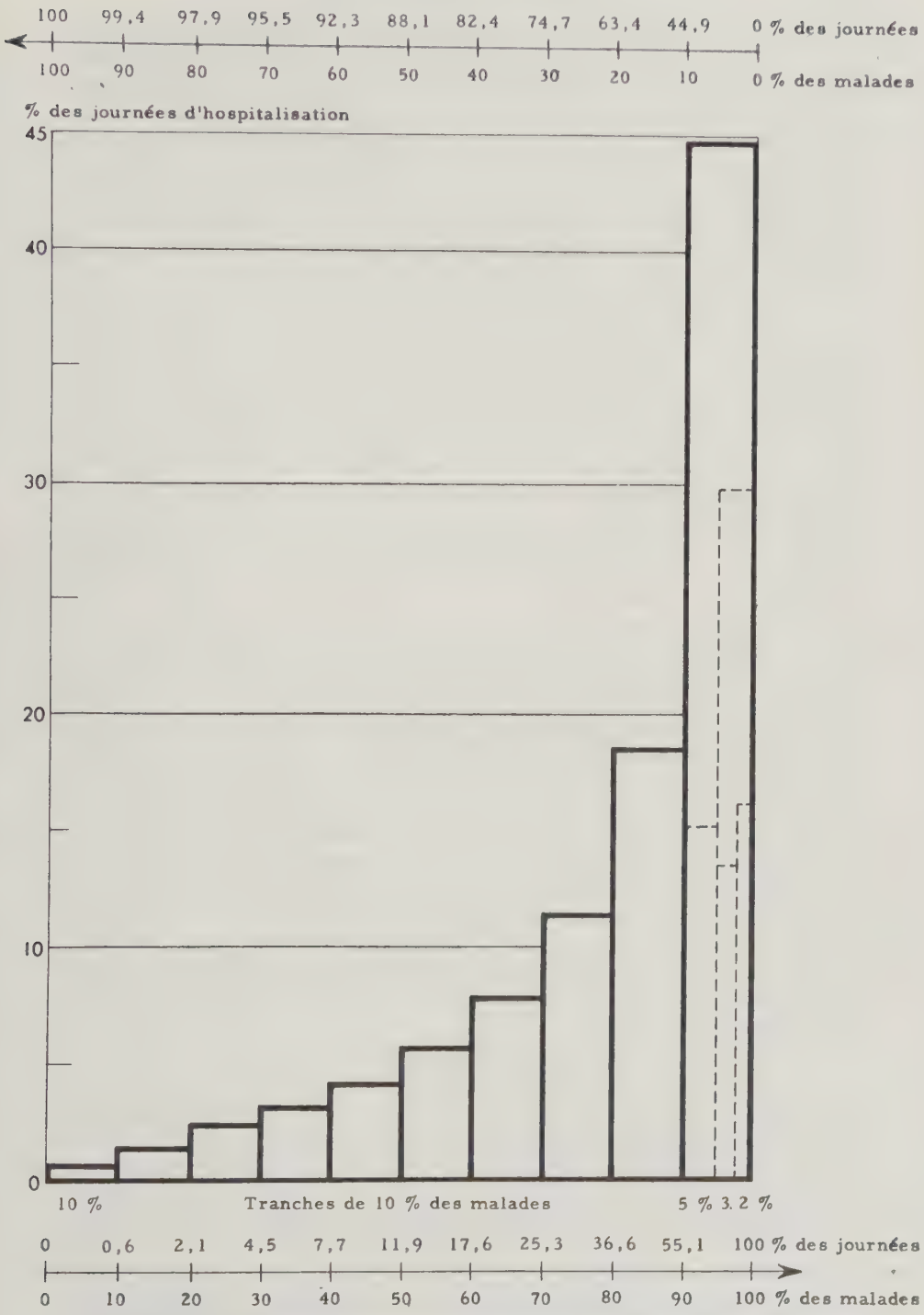
On observe ainsi qu'aux 50 % des malades restés 11 jours ou moins à l'hôpital correspondent 11,9 % des journées d'hospitalisation. Aux 50 % des malades restés 12 jours ou plus correspondent 88,1 % des journées.

A la dernière tranche de 10 % des malades, correspondent presque la moitié des journées (44,9 %) à 30 % des malades restés le plus longtemps à l'hôpital, les trois quarts des journées. Dans la dernière tranche de 10 % nous avons isolé des tranches de 5, 3 et 2 %. Nous voyons que les 5 % de malades dont les séjours sont les plus longs totalisent autant de journées (29,7 %) que les trois quarts des malades dont les séjours ont été les plus courts. Et les 2 derniers pour cent, autant que les 60 premiers.

Un fait nous frappe : c'est le gros risque qui coûte cher. Il est illusoire de rechercher des économies substantielles en essayant de diminuer le



Graphique IV — Distribution du nombre de journées d'hospitalisation



Graphique V — Distribution du pourcentage des journées d'hospitalisation

nombre des séjours courts. Arriverait-on à éliminer de l'hôpital le tiers de ces malades, dont les séjours sont inférieurs à une semaine, que l'on n'aurait économisé que 5 % des journées d'hospitalisation. Encore cette économie de journées ne correspondrait-elle pas à une économie réelle de 5 % des charges hospitalières. Car ces malades, atteints d'affections bénignes, sont valides, font leur toilette et mangent seuls, n'exigeant pas un nombreux personnel soignant, ne nécessitent pas de traitements coûteux. Ils font partie des malades dont la présence permet le maintien à son taux actuel du prix de journée, prix de journée qui s'élèverait considérablement si l'hôpital n'accueillait que des malades graves.

Il est intéressant d'étudier à quels types d'affections correspondent les séjours courts. Le tableau IV indique les durées de séjour selon les divers groupes d'affections. Les séjours de moins de 10 jours correspondent essentiellement aux affections respiratoires aiguës (en particulier angines et grippes), aux affections digestives bénignes, aux infections cutanées (souvent consécutives à un accident du travail), aux traumatismes (souvent aussi par accident de travail), enfin aux affections mal définies (troubles fonctionnels en particulier) ou aux diagnostics non précisés (le plus souvent parce que le malade est sorti sur sa demande). Les graphiques VI et VII illustrent ce tableau. Nous avons établi un graphique à la même échelle représentant les durées d'hospitalisation des tuberculeux, pour permettre la comparaison.

On peut se demander dans quelle mesure il eût été possible de ne pas hospitaliser ces malades. Notons que sur 2.294 malades non tuberculeux, 1.068 sont restés moins de 10 jours, sur lesquels 758 correspondent aux catégories que nous venons d'indiquer. Pour une partie de ces derniers, l'hospitalisation est parfaitement justifiée : pneumonies, phlegmons de l'amygdale, furoncle de l'aile du nez, anthrax. Un certain nombre même aurait dû prolonger leur séjour, mais sont sortis sur leur demande contre l'avis du médecin. Pour une autre partie, l'hospitalisation était souhaitable, malgré le peu de gravité effective de l'affection, pour une mise en observation du malade : douleurs gastriques évoquant une crise ulcéreuse, suspicion d'appendicite, pneumopathies aiguës pouvant voiler une tuberculose débutante, traumatismes craniens.

En définitive, moins de 20 % de malades auraient pu ne pas être hospitalisés. Ces 20 % représentent certes 4.000 malades par an ; mais, en fait, moins de 2 % des frais d'hospitalisation que coûtent les malades nord-africains de la Seine.

Nous pouvons faire une estimation de ce coût.

Au cours des 4 semaines témoins de 1955, 1.183 malades nord-africains de sexe masculin ont été hospitalisés dans les 14 principaux hôpitaux de l'Assistance Publique, totalisant 29.232 journées. L'estimation pour l'année sera (E2) de 380.000 journées et de 410.000 journées pour l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique [a]. Notons que le total des journées d'hospitalisation, dans l'ensemble des services de malades aigus

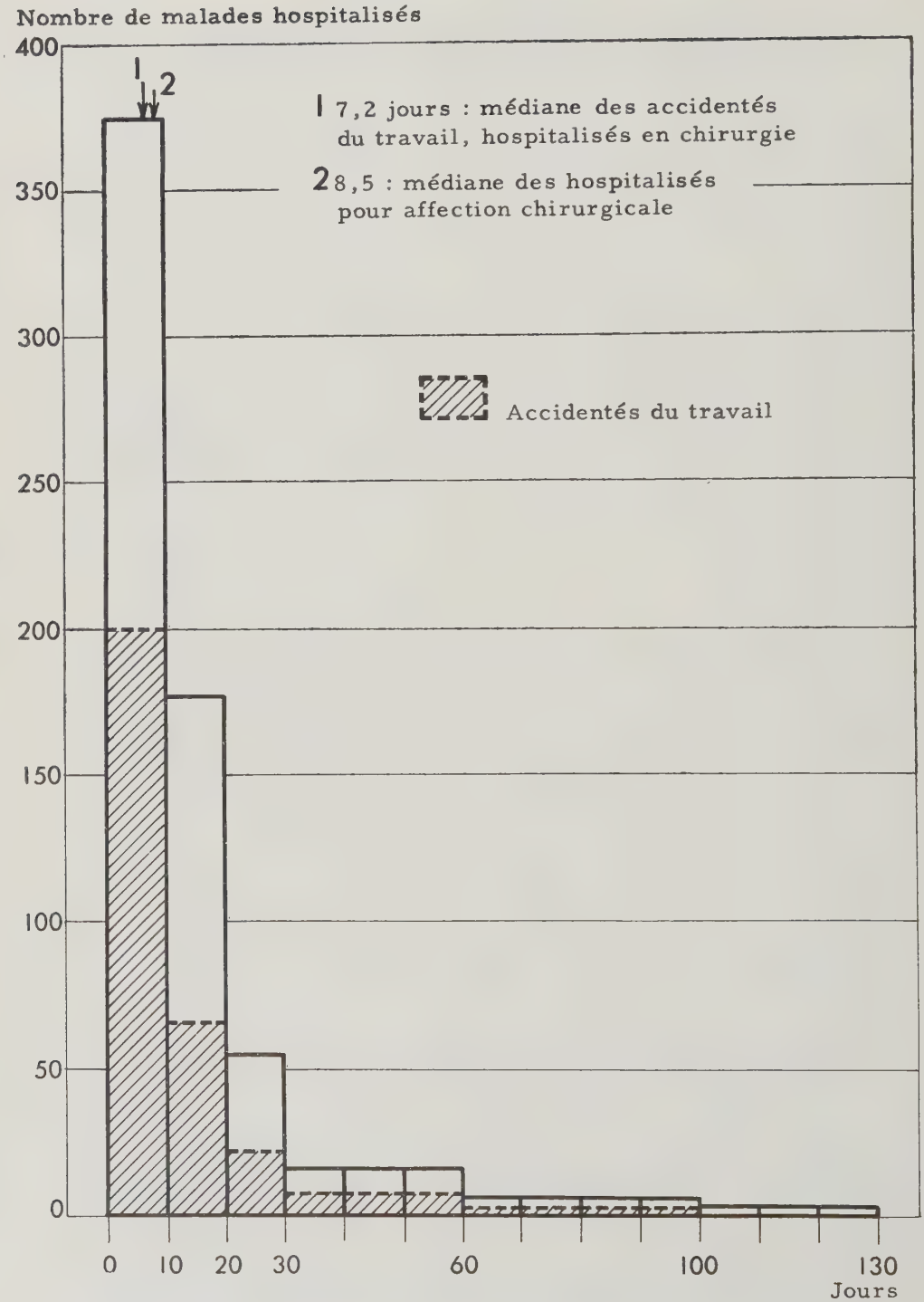
---

[a] Dans ce total ne sont pas compris : le petit pourcentage de femmes, hospitalisées dans la majorité des cas en maternité , les enfants de moins de 15 ans hospitalisés en pédiatrie, et pour lesquels la définition Nord-Africain musulman n'est pas toujours valable.

TABLEAU IV — Durée de séjour selon les affections

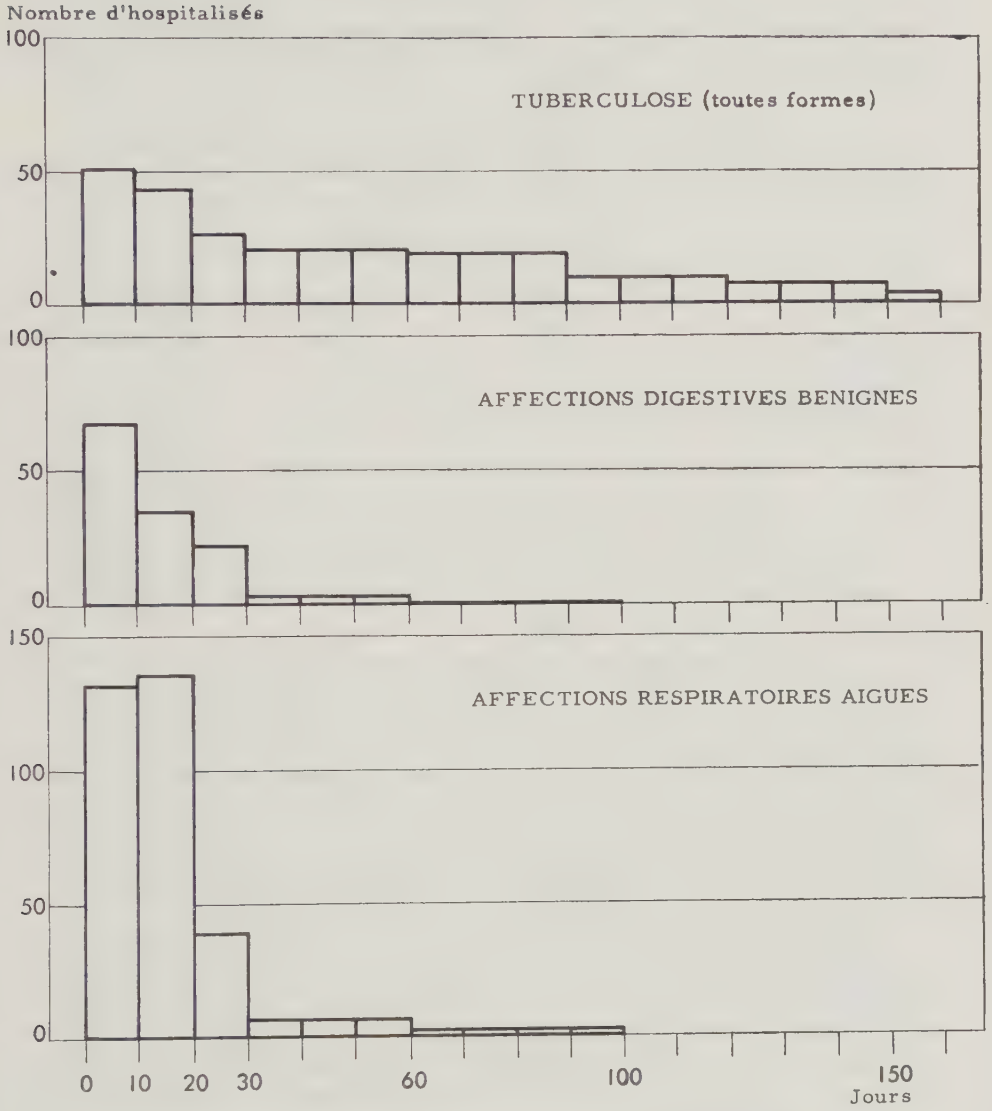
Durée de séjour	0 à 2 jours	3 à 5	6 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 59	60 à 99	100 à 199	200 à 299	plus de 300
Affections (Code)										
- Mal définies (01 à 09 sauf 08)	100	84	88	94	36	37	6	5	/	/
- Infectieuses sauf tuberculose (12 à 19)	6	11	10	29	25	21	2	1	1	/
- Respiratoires aigues (20.21.23.27)	13	32	87	136	39	19	5	/	/	/
- Autres respiratoires (22,24,25,26.28.29)	4	4	11	16	16	19	10	7	/	/
- Digestives bénignes (30,32,38.39)	12	28	28	35	22	10	1	/	/	/
- Autres digestives (31.33,34.35.36,37)	1	6	14	23	22	24	9	2	/	/
- Cardio vasculaires (40 à 49)	2	4	5	7	6	8	8	/	/	/
- Neurologiques (50 à 53)	7	9	1	7	3	5	1	1	1	/
- Tumeurs et Hémopathies (54 à 58)	/	2	3	6	1	3	1	2	/	/
- Endocrines, diabète (60, 61)	1	1	2	3	5	3	/	/	/	/
- Génito urinaires (64 à 69)	4	4	12	19	5	10	2	/	/	/
- Dermatologie et rhumatologie (et divers) (70 à 79)	3	8	21	26	15	17	3	5	1	/
- Cutanées (80)	7	17	23	20	5	9	4	1	/	/
- Traumatismes (81 et 84)	43	117	79	62	14	12	2	/	/	/
- Fractures (82 et 83)	12	30	20	34	13	10	8	4	2	/
- Appendicites (85)	/	/	15	43	6	6	/	/	/	/
- Autres chirurgies (86,87,88,89)	7	3	2	37	16	13	1	1	1	/
- Spécialités (90,91.92.93)	9	24	29	25	10	12	2	/	1	/
Total	235	383	450	624	259	241	65	30	7	/
dont										
Accidents du Travail en Chirurgie	30	94	75	66	21	19	5	4	/	/
Tuberculeux (Toutes formes (10,11,12)	14	13	24	44	26	64	73	57	9	1

Code : Cf. Chapitre IV p. 156



Graphique VI — Durées de séjour des hospitalisés en chirurgie

Graphique VII — Durées de séjour pour trois catégories d'affections médicales



de l'Assistance Publique, s'élevait en 1953 à 7.526.810 et a dépassé 8.000.000 en 1955. Pour l'ensemble de la Seine, nous arriverons (E5) à une estimation de 540.000 journées d'hospitalisation de malades nord-africains.

Le prix de revient réel de la journée d'hôpital était en 1953 dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de 2.430 frs en médecine générale et

phtisiologie, de 3.260 frs en chirurgie générale [1], et ces prix ont peu varié de 1953 à 1955. Le nombre des Nord-Africains hospitalisés dans des services spécialisés de médecine ou de chirurgie peut être considéré comme négligeable. Par ailleurs, les journées d'hospitalisation en chirurgie représentent 16 % du total, les séjours en chirurgie étant plus courts, les journées d'hospitalisation pour tuberculose 30,5 % du total, les séjours pour tuberculose étant plus longs.

En fonction de ces données, nous pouvons faire une estimation approchée de la charge que représentent les malades nord-africains hospitalisés.

	Nombre de journées	Prix de revient de la journée		Coût total
Médecine	288.900	× 2.430	=	702.027.000
Chirurgie	86.400	× 3.260	=	281.664.000
Tuberculeux (en phtisiologie ou en médecine)	164.700	× 2.430	=	400.221.000
		Total :		1.383.912.000

A la lumière de l'étude faite sur la répartition des journées d'hospitalisation selon les durées de séjour, nous pouvons essayer d'apprécier si cette charge peut être réduite.

Il est peut-être possible, en ce qui concerne la population métropolitaine, de réduire les grosses charges correspondant aux hospitalisations longues, un grand nombre de celles-ci concernant des malades médicalement peu graves, mais âgés ou asociaux. Il n'en est pas de même pour la population nord-africaine, dont nous avons vu qu'elle est jeune et socio-professionnellement bien intégrée, quoique à un niveau peu élevé. Les cas d'hospitalisations longues non justifiées par des considérations purement médicales sont exceptionnels. La diminution du nombre des hospitalisés ne peut être recherchée que par la réduction du nombre des malades entrés pour des affections bénignes et pour de courts séjours.

Or nous observons que, si l'on soignait hors de l'hôpital, 30 % des malades, représentant les cas les moins graves et n'ayant nécessité que des séjours de moins d'une semaine, la diminution de la charge des hôpitaux de la Seine serait de 4,5 % et correspondrait à 62.000.000 de frs environ. Si l'on ne pouvait réduire le nombre des hospitalisés que des 20 % restés moins de 5 jours la diminution de la charge hospitalière ne serait que de 2,1 % soit 29.000.000 de frs.

Nous devons, par ailleurs, tenir compte de plusieurs ordres de considérations :

1 — Un cadre de soins nouveau devrait être créé pour les 4 à 8.000

1. — 12 — A. Gardie, *op. cit.*

malades annuels dont on voudrait décharger les hôpitaux. Le coût d'amortissement et de fonctionnement de ces dispensaires ou centres d'hébergement ne serait pas forcément très inférieur à l'économie réalisée sur les charges hospitalières dont nous venons d'estimer le montant.

2 — Il n'est pas sûr que les malades nord-africains fréquenteraient volontiers ces établissements, qui présenteraient un caractère discriminatoire qui serait mal supporté et certainement peu souhaitable.

3 — Dans l'état actuel de l'organisation médicale, l'hôpital réalise l'optimum dans la qualité des soins et dans la sécurité du dépistage des affections graves. Il est normal que bénéficie de cette garantie la population nord-africaine, population de transplantés, logée dans de très mauvaises conditions, souvent insuffisamment alimentée en raison des privations qu'elle s'impose, effectuant dans une forte proportion de cas un travail pénible et exposé.

Il semble donc apparaître qu'il n'est ni économiquement rentable, ni médicalement souhaitable à l'heure actuelle de chercher une solution aux problèmes posés par la santé de la population nord-africaine, en dehors du cadre hospitalier. Il semble que les solutions valables doivent être axées sur l'amélioration des conditions de logement. De quelque façon, d'ailleurs, que cette amélioration soit obtenue, logements individuels ou centres d'hébergement, les soins sous contrôle hospitalier n'en resteraient pas moins indiqués.

CHAPITRE IV

PATHOLOGIE DU NORD-AFRICAIN EN FRANCE

Nous étudierons la pathologie du Nord-Africain en insistant sur certaines de ses particularités ; nous la comparerons à la pathologie métropolitaine ; nous examinerons à part l'incidence de la tuberculose sur cette population.

I. — PATHOLOGIE DU NORD-AFRICAIN

Cette étude sera faite sur la population masculine. Notre enquête (I) nous a fourni, à côté de 2.338 hommes, un échantillon de 186 femmes, dont 108 soit 58 % ont été hospitalisées pour des causes relevant de la gynécologie-obstétrique, 78 seulement pour des affections médicales et chirurgicales. Cet échantillon est trop faible pour faire une étude approfondie de la pathologie féminine ; son addition à l'échantillon masculin ne modifierait en rien les faits observés.

L'enquête (I) faite dans 14 hôpitaux de l'Assistance Publique nous permettra d'avoir une vue d'ensemble de cette pathologie. Elle sera la seule, au surplus, à nous fournir des indications sur les affections chirurgicales ou relevant de services de spécialités.

L'enquête (II) faite dans un service de Médecine Générale de l'Hôtel-Dieu nous fournira des données médicales plus précises et nous permettra une étude comparative entre les populations nord-africaine et métropolitaine.

L'enquête (III) faite dans un service de Médecine Générale de l'Hôpital Necker nous permettra de préciser certains points de la pathologie nord-africaine.

Données générales sur la pathologie du Nord-Africain étudiée dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique.

Ces données sont tirées de l'enquête (I).

Elles concernent 2.338 Nord-Africains de sexe masculin hospitalisés dans des services d'adultes. L'échantillon ne comporte que 6 cas de malades de moins de 15 ans.

La seule indication médicale que nous pouvions trouver dans les registres d'hôpitaux sur lesquels cette enquête a été faite, est le diagnostic. Ce diagnostic est relevé sur le bulletin de sortie, où il est indiqué par l'interne du service. Deux diagnostics sont parfois indiqués. Ils ont dans ce cas été relevés tous les deux.

La validité de cette donnée diagnostique semble acceptable. Nous verrons que les diagnostics ainsi relevés se répartissent selon des proportions très voisines de celles observées dans les services où ils ont été portés avec le maximum de précision médicalement possible.

Il nous reste dans cet échantillon une assez forte proportion d'indéterminés : 8 à 9 %. Ce sont essentiellement les malades sortis sur leur demande. Le plus souvent dans ce cas il n'est pas indiqué de diagnostic.

Pour permettre l'exploitation mécanographique de l'enquête, les diagnostics ont été codés. Le code adopté comportait 92 numéros, dont 6, concernant la gynécologie obstétrique, ne nous intéressent pas ici. Les différentes catégories d'affections peuvent être regroupées selon le code en 50 numéros de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'exploitation des données n'a été faite que d'après les diagnostics codés. Leur précision ne peut donc aller au delà de celle des catégories ainsi déterminées.

Nous donnons, avec la classification des affections que nous avons utilisée, le nombre de malades observés et leur proportion par rapport à l'ensemble de nos 2.664 cas.

Nous avons 2.664 diagnostics pour 2.338 malades. En effet, les diagnostics doubles ont été comptés séparément lorsqu'ils concernaient deux affections distinctes (par exemple : fracture de jambe + tuberculose). Ils n'ont été comptés qu'une fois lorsqu'ils ne concernaient qu'une affection portée dans 2 rubriques (par exemple : maladie professionnelle, eczéma).

Code	Nombre de malades	Pour Mille hospitalisés	
		sur total	sur total des hospitalisés pr affect. médical.
00 Sans domicile fixe (indiqué en tant que diagnostic)	1	0,38	
01 Misère physiologique (ou misère)	2	0,75	
02 Signes généraux divers (fatigue, amaigrissement, asthénie, anorexie, etc...)	83	31,15	44,8
03 Signes fonctionnels divers (algies, polyalgies, vertiges, hyper-nervosité, etc...)	44	16,70	23,8
04 Signes objectifs divers (Épistaxis, œdèmes, vomissements, etc.)	25	9,40	13,5
05 Suicide	0	0	0
06 Ethylisme (aigu, chronique, ivresse, etc...)	22	8,25	11,3
07 Agressions diverses (sauf 08) (intoxications, oxyde de carbone, noyade, électrocution, etc..)	18	6,75	9,7
08 Maladies professionnelles	7	2,65	
09 Inclassables (Indéterminé, sorti sur sa demande, en observation, simulation, illisible, etc...)	258	96,75	
Total	460	172,38 ‰	

Code	Nombre de malades	Pour Mille hospitalisés	
		sur total	sur total des hospitalisés pr affect. médical.
Maladies infectieuses et parasitaires			
10 Tuberculose pulmonaire	271	102,63	146,3
11 Tuberculose ganglionnaire	12	4,50	6,5
12 Autres formes de tuberculose	54	20,25	29,2
13 Syphilis (dont formes tertiaires : tabès, P. G., aortite, anévrysme, etc...)	33	12,40	17,8
14 Gonococcie	16	6,00	8,6
15 Amibiase	10	3,75	5,4
16 Paludisme	2	0,75	1,1
17 Autres parasitoses	11	4,15	5,9
18 Autres maladies infectieuses (microbiennes ou virales y compris : méningites non tuberculeuses, poliomyélite, etc...)	32	11,65	16,7
19 Fièvre inexpliquée	8	3,00	4,3
Total	449	169,08‰	
Affections respiratoires			
20 Pneumonie	15	5,65	8,1
21 Broncho-pneumopathies aiguës (Bronchite aiguë, pneumopathie aiguë, congestion pulmonaire, etc...)	153	58,00	82,2
22 Suppurations pleuro-pulmonaires (abcès du poumon, pleurésie purulente, gangrène pulmonaire, etc...)	9	3,38	4,9
23 Grippe et pneumopathies virales	93	34,90	50,2
24 Broncho-pneumopathies chroniques (Bronchite chronique, sclérose pulmonaire, emphysème, etc...)	20	7,50	10,8
25 Dilatation des bronches	13	4,90	7,0
26 Asthme	8	3,00	4,3
27 Pharyngites et amygdalites (angines, phlegmon de l'amygdale, etc)	73	27,00	38,4
28 Autres pneumopathies	7	2,63	3,8
29 Pneumopathie (sans autre indication)	35	13,15	18,9
Total	422	160,11‰	

Code	Nombre de malades	Pour Mille hospitalisés	
		sur total	sur total des hospitalisés pr affect. médical.
Affections digestives.			
30 Estomac et duodénum (gastrite, troubles gastriques, duodénite, etc...)	40	15,00	21,6
31 Ulcère gastro-duodénal	39	14,85	21,1
32 Intestin (colite, diarrhée, infection intestinale, etc...)	27	10,15	14,0
33 Hépatite ictérigène	17	6,40	9,2
34 Affections des voies biliaires (colique hépatique, cholecystite, calcul du choledoque, etc...)	12	4,50	6,5
35 Cirrhose	2	0,75	1,1
36 Affections ano-rectales (hémorroïdes, fistule anale, abcès de la marge de l'anus, etc...)	28	10,50	15,1
37 Troubles post-gastrectomie	6	2,25	3,1
38 Autres affections digestives	11	4,15	5,9
39 Troubles digestifs S. A. I. (et douleurs digestives ou abdominales et signes objectifs d'étiologie non déterminée : hématémèse, etc...)	58	21,75	30,8
Total	240	90,30 °/oo	0,5
Affections cardio-vasculaires			
40 Rhumatisme articulaire aigu	1	0,38	0,5
41 Cardiopathies rhumatismales (et complications : endocardite, etc...)	8	3,0	4,3
42 Coronarites (angor, infractus du myocarde, etc...)	3	1,13	1,n
43 Hypertension artérielle et complications cardiaques de l'hypertension et de l'athérome (en dehors des coronarites : IVG, insuffisance aortique, etc...)	3	1,13	1,6
44 Autres complications artérielles (artérite, hémiplégie, etc...)	3	1,13	1,6
45 Cardiopathies congénitales	0	0	0

Code	Nombre de malades	Pour Mille hospitalisés	
		sur total	sur total des hospitalisés pr affect. médical.
46 Troubles du rythme	4	1,50	2,2
47 Affections veineuses	3	1,13	1,6
48 Autres affections cardio-vasculaires	2	0,75	1,1
49 Cardiopathie S. A. I. (et insuffisance cardiaque S.A.I.)	16	6	8,6
Total	43	16,15 °/oo	
50 Affections neurologiques	12	4,50	6,5
51 Comitialité	9	3,40	4,9
52 Psychiatrie	9	3,40	4,9
53 Hémiplégie (sans autre indication)	1	0,38	0,5
54 Tumeurs malignes (sauf 55)	5	1,90	2,5
55 Tumeurs cérébrales	1	0,38	0,5
56 Tumeurs bénignes (sauf 55)	4	1,50	2,2
57 Hémopathies malignes	4	1,50	2,2
58 Autres hémopathies (dont splénomégalie S. A. I.)	2	0,75	1,1
60 Maladies endocriniennes	6	2,25	3,2
61 Diabète	11	3,40	5,9
64 Néphrites aiguës et chroniques	9	3,40	4,9
65 Lithiase rénale	13	4,90	7
66 Autres affections rénales	1	0,38	0,5
67 Affections génitales	24	9,00	13,0
68 Affections urinaires (dont adénome prostatique)	8	3,00	4,4
69 Troubles génito-urinaires S. A. I.	1	0,38	0,5
70 Dermatologie (sauf 71)	24	11,25	17,3
71 Eczéma	6	2,25	3,2
73 Rhumatologie (sauf R. A. A.)	57	21,00	30,2
76 Affections osseuses	4	1,50	2,2
78 Sénilité	0	—	—

Code	Nombre de malades	Pour Mille hospitalisés	
		sur total	sur total des hospitalisés pr affect. médical.
79 Autres maladies (ne pouvant être classées dans les catégories ci-dessus)	0	—	—
Total des affections médicales	1838	57,06 °/oo 689,94 °/oo	
Affections chirurgicales			
80 Infections cutanées (Panaris, abcès, lymphangite, anthrax, ulcère, adénopathie inflammatoire)	87	32,65	
81 Traumatismes (sauf 84) (contusions, plaies, brûlures, etc...)	242	90,75	
82 Fractures, entorses, luxations	124	46,70	
83 Fractures graves (colonne vertébrale, bassin, multiples, etc...)	11	4,15	
84 Traumatismes craniens (avec ou sans fracture)	90	33,75	
85 Appendicites	72	27,00	
86 Hernies	35	13,15	
87 Autres affections chirurgicales digestives (occlusions, hernie diaphragmatique, etc...) non comprises dans les rubriques précédentes	1	0,38	
88 Autres affections chirurgicales	33	12,40	
89 Gastrectomie	7	2,63	
Total des affections chirurgicales	702	263,56 °/oo	
90 Oto-Rhino-Laryngologie (sauf 27 pharyngites et amygdalites)	36	13,50	
91 Ophtalmologie (sauf 92)	40	15,00	
92 Trachome	18	6,75	
93 Stomatologie	30	11,25	
Total des spécialités	124	46,50 °/oo	
Total général	2.664	1000.00	

Dès l'abord nous observons que la majorité des affections amenant l'hospitalisation se range en 4 grands groupes : La tuberculose : 12,7 %, les affections respiratoires : 16,0 %, les affections digestives : 9,0 %, les affections chirurgicales (traumatiques, cutanées ou appendiculaires) 26,3 %. Si nous tenons compte des malades présentant des signes généraux ou fonctionnels mal précisés et des inclassables, nous englobons ainsi 81,2 % de l'ensemble des hospitalisés.

Les affections graves sont peu nombreuses, à l'exception de la tuberculose. Le faible taux de la mortalité confirme ce fait. Nous avons donc l'impression de nous trouver en face d'une pathologie banale, proche de celle que rencontre le médecin en clientèle de ville.

Ce fait est en rapport avec le taux de fréquentation hospitalière très élevé que nous avons observé [a], 4 à 5 fois plus élevé que celui de la population métropolitaine.

Sa situation financière, ses conditions de logement, l'absence de milieu familial conduisent le Nord-Africain à se faire hospitaliser dès qu'il est malade ; en pratique, dans la plupart des cas, dès qu'il est obligé de cesser le travail.

L'échantillon de malades nord-africains est donc, beaucoup plus que tout autre échantillon de malades, représentatif de la pathologie totale. Il se présente dans les conditions les plus favorables pour étudier les taux de morbidité correspondant aux différentes affections.

Le graphique I montre la fréquence des cas de malades hospitalisés pour chaque affection, d'une part, pour 1.000 hospitalisés nord-africains (1), d'autre part pour 1.000 habitants nord-africains de la Seine (2). Dans certains cas, ce dernier chiffre peut être considéré comme un taux de morbidité [b].

Nous savons que le taux de fréquentation hospitalière du Nord-Africain de sexe masculin est compris entre 208 et 307 ‰, selon l'estimation adoptée de la population totale. Si nous adoptons un taux de fréquentation moyen de 260 ‰, nous pouvons l'admettre exact à + ou — 20 % près. C'est sur cette base qu'est calculé le chiffre de la colonne (2), taux de fréquentation hospitalière, causée par une affection donnée, pour 1.000 habitants et par an.

La population nord-africaine de la Seine est une population jeune. Il est intéressant d'étudier la fréquence des diverses affections en fonction de l'âge.

Le tableau I indique la fréquence de chaque affection ou groupe d'affections médicales dans 4 tranches d'âges.

Nous avons choisi des tranches d'âges de 10 ans pour conserver des échantillons assez larges. La population de plus de 50 ans est tout entière étudiée dans une seule tranche. Cette division ne se prête guère à l'étude des maladies de la sénescence, mais nos échantillons de population âgée sont trop peu importants pour que nous puissions procéder autrement.

---

[a] — Cf. *supra*, Chapitre I, p. 33 et Chapitre III, p. 130.

[b] — Nombre de nouveaux cas d'une affection donnée pour 100 habitants et par an (ou pour 1.000 ou 100.000).

Graphique I — Fréquence des diverses affections

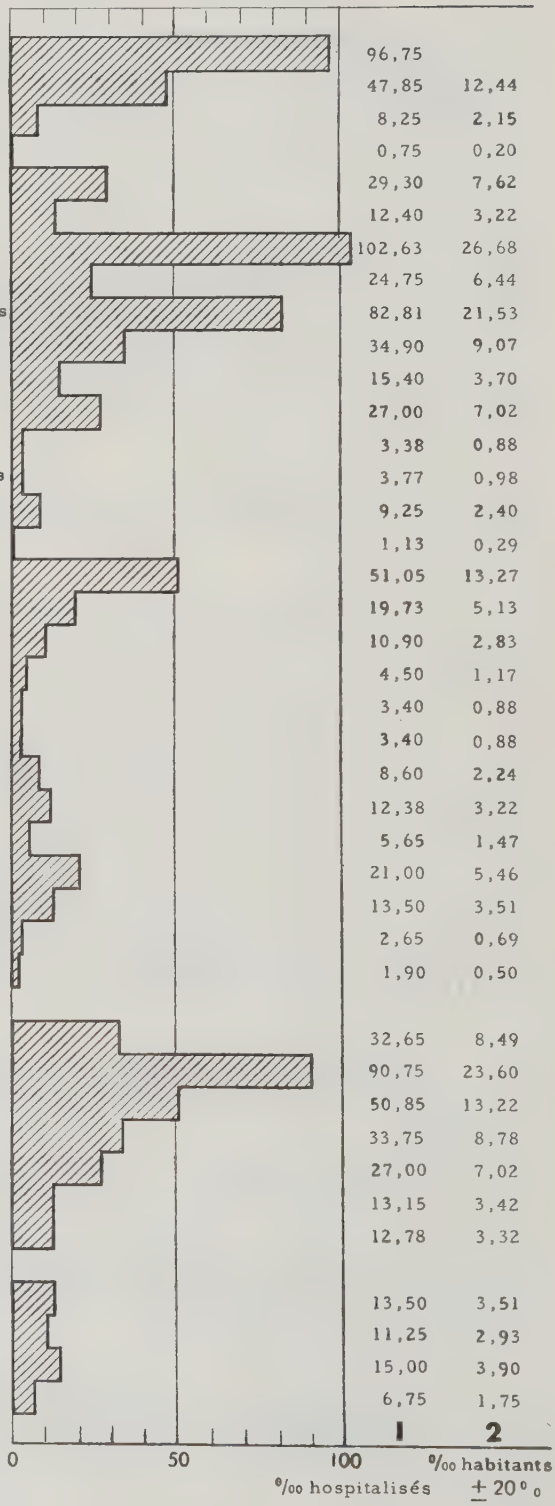
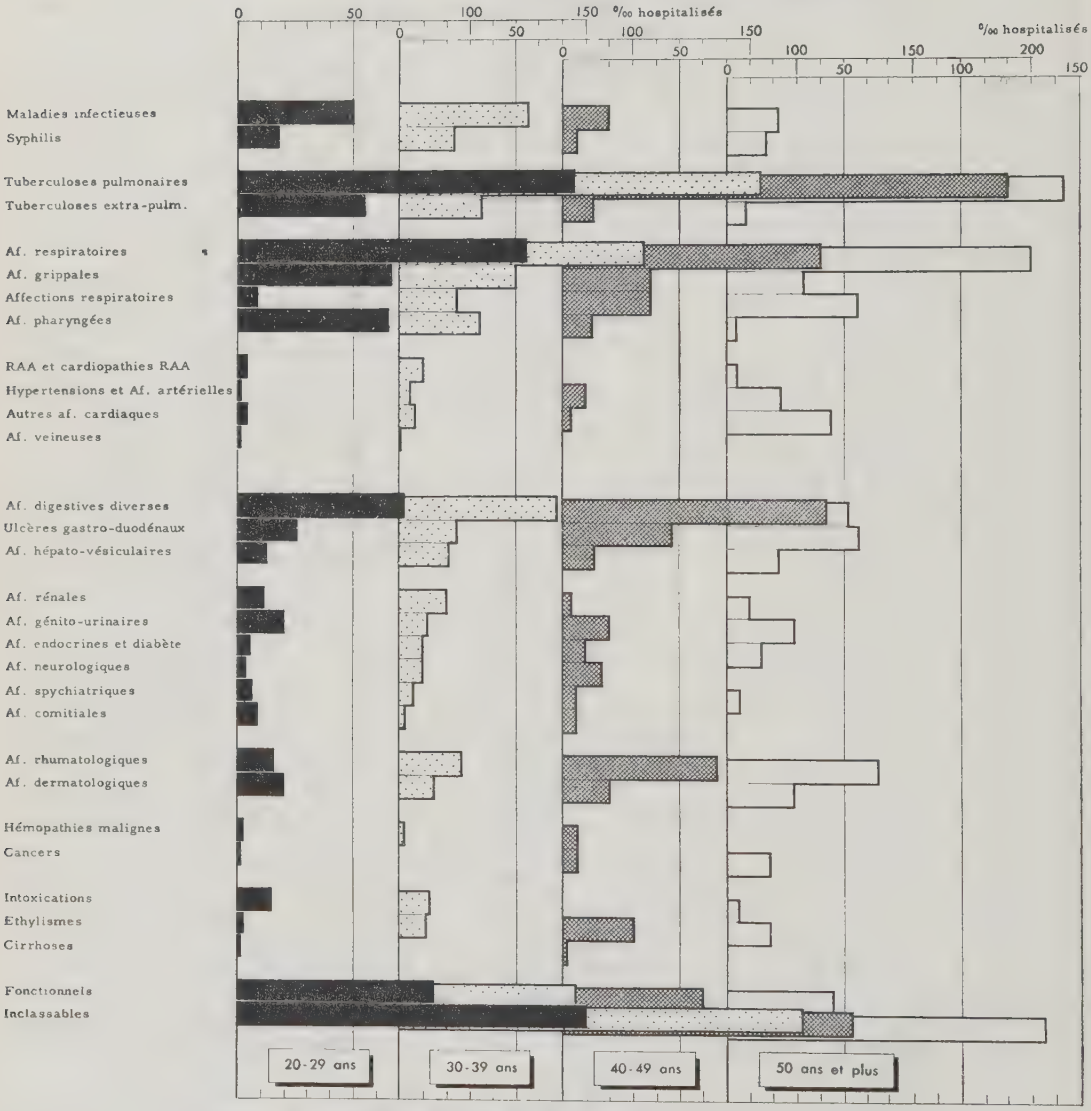


TABLEAU I — Fréquence des diverses affections selon l'âge

		20 à 29 ans		30 à 39		40 à 49		plus de 50 ans	
		Nombre	‰ *	Nombre	‰	Nombre	‰	Nombre	‰
	Affections								
14 à 19	Infectieuses et Parasitaires	34	50,0	27	55,6	6	20,8	5	23,4
13	Syphilis	12	17,6	11	22,7	2	6,9	4	18,7
10	Tuberculose pulmonaire	99	145,5	75	154,5	55	190,3	31	144,8
11 . 12	Tuberculose extra pulmonaire	37	54,4	17	35,0	4	13,8	2	9,3
20.21.22.28.29	Respiratoires aigues	84	123,5	51	105,1	29	100,3	28	130,8
23	Grippales	45	66,2	23	47,4	11	38,1	7	32,7
24.25.26	Respiratoires chroniques	6	8,8	12	24,8	11	38,1	12	56,0
27	Angines et Amygdalite	45	66,2	17	35,0	4	13,8	1	4,7
40 . 41	Cardiaques rhumatismales	3	4,4	5	10,3	–	–	1	4,7
42.43.44.53	HTA et Artérielles	–	–	2	4,1	3	10,3	5	23,4
46 . 48.49	Autres cardiaques	3	4,4	2	4,1	1	3,5	10	46,7
47	Veineuses	2	2,9	1	2	–	–	–	–
30.32.38.39	Digestives diverses	49	72,0	33	68,0	30	103,8	11	51,4
31 . 37	Ulcère gastroduodénal	17	25,0	13	26,8	13	45,0	12	56,0
33 . 34	Hépatovesiculaires	9	13,2	11	22,7	4	13,8	5	23,4
64.65.66	Rénales	7	10,3	10	20,6	1	3,5	2	9,3
67.68.69	Génito urinaires	14	20,6	6	12,4	6	20,8	6	28
60.61	Endocrines et diabète	4	5,9	5	10,3	3	10,3	3	14
50	Neurologiques	2	2,9	5	10,3	5	17,3	–	–
51	Comitiales	4	5,9	3	6,2	2	6,9	1	4,7
52	Psychiatriques	6	8,8	1	2	2	6,9	–	–
73	Rhumatologie	11	16,2	12	24,7	19	65,7	14	65,4
70.71	Dermatologie	14	20,6	8	16,5	6	20,8	6	28
57	Hemopathies malignes	1	1,5	1	2	2	6,9	–	–
54	Cancers	–	–	–	–	2	6,9	4	18,7
06	Ethylisme	1	1,5	6	12,4	9	31,1	4	18,7
35	Cirrhoses	–	–	–	–	2	6,9	–	–
02 . 03	S. Generaux et Fonctionnels	58	85,3	37	76,2	18	62,3	10	46,7
	ECHANTILLON	680		484		289		214	

* Pour 1000 malades hospitalisés, atteints d'une affection médicale

Graphiques II et III — Fréquence des affections selon l'âge

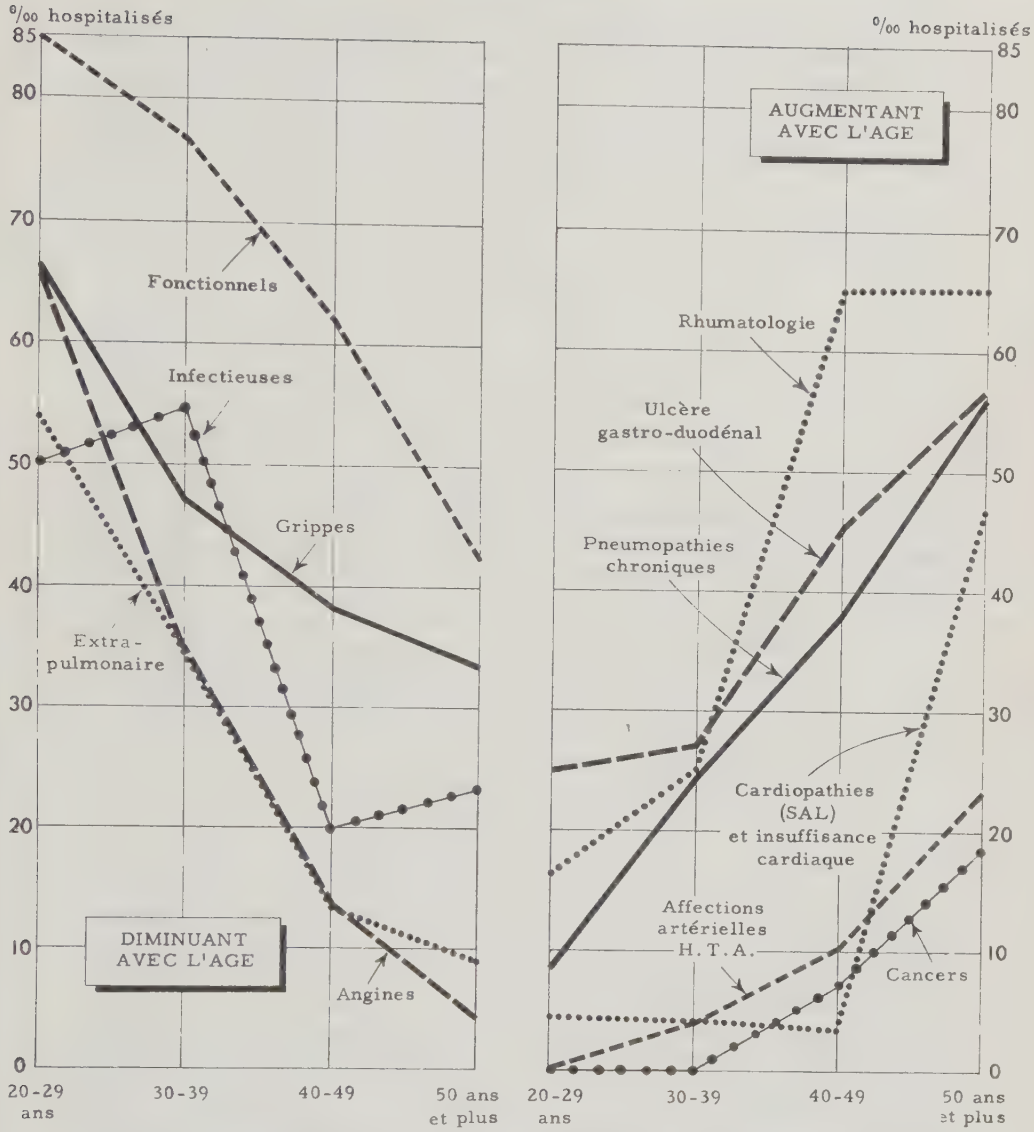


Le total de la population étudiée est de 1.667 cas, de médecine seulement, et la population de moins de 20 ans n'étant pas comptée.

Pour chaque tranche d'âges, dans une première colonne est indiqué le nombre de cas observés, dans une deuxième le taux pour 1.000 cas de malades présentant une affection médicale et compris dans la tranche d'âges considérée.

Ces affections peuvent se répartir en 4 groupes :

1 — Des affections restent d'une fréquence à peu près constante dans toutes les tranches d'âges. Ce sont : la tuberculose, la syphilis, les affections respiratoires aiguës, les affections digestives gastriques ou intestinales diverses.



2 — La fréquence de certaines augmente avec l'âge. Ce sont : les affections respiratoires chroniques, les affections cardiaques, en particulier d'origine artérielle, l'ulcère gastro-duodénal, les affections rhumatismales (sans le R. A. A.).

3 — Certaines affections diminuent de fréquence avec l'âge : la tuberculose extra-pulmonaire (dont la plus grande proportion est constituée par les pleurésies séro-fibrineuses), les affections grippales, les angines, les amygdalites, les maladies infectieuses. Il en est de même des troubles dits « fonctionnels ».

4 — Pour certaines affections, nos chiffres sont trop faibles pour nous

permettre d'apprécier la différence de fréquence selon l'âge : affections rénales, génito-urinaires, cardiopathies rhumatismales.

Quoique peu significatifs, nos chiffres montrent une augmentation de la fréquence du diabète avec l'âge, l'apparition des cancers dans les tranches d'âges supérieures à 40 ans, les cas plus fréquents d'éthylisme dans les tranches d'âges supérieures.

Les graphiques II et III donnent la représentation de ces constatations.

II. — PATHOLOGIE COMPARÉE

Nous étudierons plus spécialement certaines catégories d'affections et nous comparerons leur fréquence à celle observée dans la population métropolitaine. La tuberculose sera étudiée à part, à la fin de ce chapitre.

Nous devons tout d'abord étudier la valeur de cette comparaison.

Nous avons utilisé les échantillons de malades nord-africains et métropolitains étudiés par l'enquête (II) dans des conditions identiques, dans un service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu. Nous avons également utilisé les données fournies par notre enquête (I) dont nous pouvons observer qu'elle montre une répartition des diverses affections très voisines de celles constatées dans l'échantillon nord-africain de l'enquête (II). Nous avons tiré de notre enquête (III) quelques indications complémentaires.

Nous avons indiqué au Chapitre II [a] comment étaient constitués les échantillons que nous comparons : d'une part, échantillon de 148 Nord-Africains adultes de sexe masculin (population 4) ; d'autre part, échantillon de 312 Métropolitains adultes de sexe masculin. Ici nous utilisons l'échantillon de malades mariés ou non (population 5[1]) Rappelons que cette population présente une répartition par tranches d'âges identique à celle observée chez les Nord-Africains.

Nous avons indiqué également les réserves que l'on pouvait faire sur le caractère représentatif de l'échantillon métropolitain par rapport à la population de la Seine. Cet échantillon représente une très large tranche de cette population. Mais il est évident que les diverses catégories sociales sont inégalement représentées.

Ce fait pourrait ne présenter aucun inconvénient dans l'étude des morbidités, dans la mesure où elles sont indépendantes de la condition sociale. Cette hypothèse peut être avancée dans un certain nombre d'affections, mais sans qu'aucune donnée précise permette, le plus souvent, de le confirmer. Par ailleurs, pour les maladies dont la fréquence est dans une certaine mesure liée à des facteurs sociaux, nous ne possédons pas de données permettant de chiffrer l'incidence de ces facteurs.

Un autre élément vient rendre cette comparaison difficile : les différentes catégories sociales n'envoient pas à l'hôpital les mêmes catégories de malades. On peut penser que les catégories sociales les plus défavorisées envoient à l'hôpital, comme les Nord-Africains, la presque totalité des malades, graves ou bénins. Par contre, les catégories sociales favorisées n'envoient à l'hôpital qu'une faible proportion de ses malades et essentiellement ses malades graves. Dans la mesure où elles n'envoient que peu de malades, l'incidence sera faible sur la répartition d'ensemble des diverses affections. Mais dans la mesure où elles envoient surtout les malades graves, la proportion de ces affections graves dans la population hospitalière métropolitaine sera accrue par rapport à la proportion réelle.

Pour juger la valeur de nos études ultérieures, nous avons cherché à préciser ces faits.

Faits qui peuvent provoquer 2 phénomènes : augmentation du pourcentage des affections graves ; diminution du pourcentage des affections bénignes. Nous essayons

---

[a] Cf. Chapitre II, p. 116.

de les étudier par rapport aux pourcentages observés dans la population nord-africaine pour laquelle nous émettons l'hypothèse qu'elle est représentative de la morbidité totale. En fait, nous voyons les limites de cette opération qui nous conduit à éliminer à priori les affections dont nous avons lieu de supposer que leur fréquence est différente chez le Nord-Africain et le Métropolitain.

a) Augmentation de la proportion d'affections graves. Les plus fréquentes sont : la tuberculose, les affections cardio-vasculaires, le cancer, les affections d'origine alcoolique.

Les études faites sur la pathologie du Nord-Africain semblent montrer chez lui une fréquence plus faible des affections cardio-vasculaires et néoplasiques. Nous éliminerons donc ces deux catégories de malades.

La tuberculose est plus fréquente chez le Nord-Africain, mais nous possédons des données relativement précises sur le rapport des morbidités tuberculeuses[a]. Dans le secteur de la Caisse locale de Sécurité Sociale N° 1, qui se superpose presqu'exactement à la circonscription de l'Hôtel-Dieu, le rapport

$$\frac{\text{morbidité tuberculeuse nord-africaine}}{\text{morbidité tuberculeuse métropolitaine}} = \frac{17{,}3\ ^0/_{00}}{7{,}1\ ^0/_{00}} = 2{,}4$$

Or, dans le service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu le rapport :

$$\frac{\text{malades tuberculeux nord-africains}}{\text{malades tuberculeux métropolitains}} = \frac{22{,}6\ ^0/_{00}}{18{,}3\ ^0/_{00}} = 1{,}2$$

La proportion de tuberculeux métropolitains serait donc à l'hôpital 2 fois plus forte $\left\{ \frac{2{,}4}{1{,}2} = 2 \right\}$ qu'elle n'est réellement. Ceci n'est qu'une première approximation qui suppose que la morbidité des classes sociales qui fréquentent l'hôpital n'est pas plus forte que la morbidité de la moyenne de la population.

Les affections d'origine éthylique sont beaucoup plus fréquentes chez les Métropolitains. Mais l'enquête (II) nous donne une idée du rapport des fréquences.

Le rapport des malades présentant un terrain éthylique

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{8{,}7\ \%}{36{,}3\ \%} = 0{,}23.$$

Le rapport des malades présentant une affection d'origine éthylique

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{2{,}5\ \%}{12{,}2\ \%} = 0{,}20.$$

Le rapport des malades présentant une cirrhose

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{0{,}6\ \%}{3{,}6\ \%} = 0{,}16.$$

Nous observons que la cirrhose, qui est l'affection grave, est 1,4 fois plus fréquente $\left\{ \frac{0{,}23}{0{,}16} = 1{,}4 \right\}$ chez le Métropolitain qu'elle ne devrait l'être. En admettant ici que la gravité de l'intoxication est égale chez les 2 populations d'alcooliques et provoque la cirrhose avec la même fréquence, ce qui n'est également valable qu'en première approximation.

b) Diminution de la proportion des affections bénignes. Les plus fréquentes sont les troubles digestifs, les grippes et les angines. Admettons en première hypothèse que la fréquence de ces affections est réellement identique dans les 2 populations.

Le rapport des malades hospitalisés pour grippe est :

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{8\ \%}{5{,}3\ \%} = 1{,}5.$$

Le Nord-Africain est 1,5 fois plus souvent hospitalisé pour grippe.

Le rapport des malades hospitalisés pour troubles digestifs est :

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{10{,}6\ \%}{6{,}6\ \%} = 1{,}6.$$

---

[a] Cf. *infra*, Tableau VIII, p. 202.

Le Nord-Africain est 1,6 fois plus souvent hospitalisé pour troubles digestifs.

Le rapport des malades hospitalisés pour angine est :

$$\frac{\text{Nord-Africains}}{\text{Métropolitains}} = \frac{5{,}3\ \%}{7{,}6\ \%} = 0{,}7.$$

Ici au contraire c'est le Métropolitain qui est 1,4 fois plus souvent hospitalisé pour angine.

Il est possible qu'en fait les troubles digestifs soient réellement plus fréquents chez le Nord-Africain, et les angines plus fréquentes chez les Métropolitains. De même nos hypothèses sur la tuberculose et la cirrhose ne sont certainement pas rigoureusement exactes. Du moins tirons-nous de cette étude l'impression de données convergentes, tendant à montrer que dans l'échantillon de malades métropolitains les affections graves sont concentrés 1 fois et demie environ.

Remarquons que les deux groupes d'affections que nous venons d'étudier, graves d'une part, bénignes de l'autre, représentent tous deux dans l'une et l'autre population un pourcentage du même ordre (20 à 30 %) du total des affections, et que c'est à cette condition seulement que nous pouvions valablement comparer les rapports des pourcentages.

Une dernière réserve est à faire sur ces comparaisons. Dans les comparaisons de morbidité, seules les comparaisons de taux absolus sont rigoureuses ; les comparaisons de pourcentages dans des populations de malades sont toujours aléatoires. C'est pourquoi sur le problème important de la tuberculose nous avons recherché des taux absolus par rapport à la population totale.

Voici les échantillons dont nous disposons pour cette étude :

Le tableau II indique la répartition des malades selon les diverses catégories d'affections, observées dans l'enquête (II) à l'Hôtel-Dieu. La colonne (1) donne le nombre de malades dans la population totale d'hommes et femmes adultes de tous âges. La colonne (2) donne le nombre de malades dans notre population 5[1] d'hommes métropolitains de mêmes âges que la population nord-africaine. La colonne (3) donne le nombre de malades nord-africains. Les colonnes (4), (5) et (6) indiquent le pourcentage de malades de chaque population dans chaque catégorie d'affections.

Le graphique IV compare la répartition des affections dans l'échantillon de notre enquête (I) et dans les échantillons des enquêtes (II) et (III). Les pourcentages concernant l'enquête (I) sont un peu supérieurs à ceux indiqués à la 3e colonne de la page 156 et suivantes, car nous avons éliminé les inclassables ne retenant que 1.580 cas de malades hospitalisés en médecine sur 1.838. Les cas des 2 enquêtes (II) et (III) ont été totalisés pour obtenir un échantillon plus large. La répartition des affections présentait le même caractère dans les 2 échantillons, sauf en ce qui concerne la tuberculose qui était moins fréquente dans l'échantillon de l'enquête (III).

Nous observons que, dans l'ensemble, la répartition des diagnostics est de même type. Nous savons que les uns (II et III) correspondent à des malades qui ont été très soigneusement examinés en considération de l'enquête dont ils étaient l'objet. Mais les diagnostics portés sur les malades de l'enquête (I) ont été relevés sur les registres d'hôpitaux où ils étaient transcrits d'après le billet de sortie. Nous avions pu craindre que la valeur de ces indications diagnostiques soit faible. En fait, les valeurs des diagnostics de ces trois séries d'observations ne semblent pas très différentes.

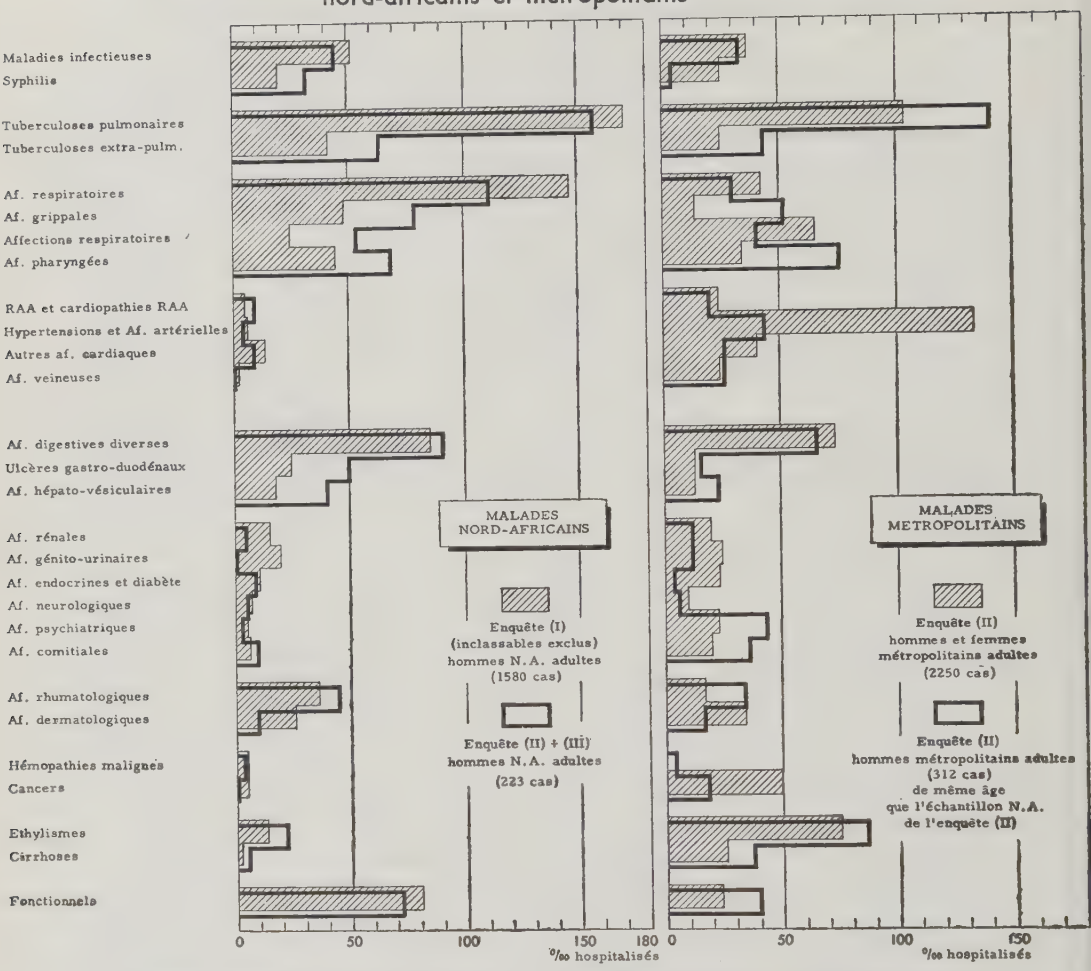
Le graphique V indique la répartition des affections dans les échantillons de malades métropolitains de l'enquête (II). La répartition dans la population totale des 2.250 malades, hommes et femmes de tous âges, n'est donnée qu'à titre indicatif. Ces pourcentages sont ceux indiqués dans la colonne (4) du tableau II. La répartition des cas des 312 malades

TABLEAU II — Fréquence des diverses affections dans les échantillons métropolitains, et l'échantillon nord-africain

	Nombre			Pourcentages		
	Metropolitains			Metropolitains		
	♂ et ♀ tous ages	♂ popul. 5[1]	Nord-Afric.	♂ et ♀ tous ages	♂ popul. 5[1]	Nord-Afric.
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Maladies infectieuses	78	5	5	3,6	3,3	5,3
Syphilis	61	1	4	2,6	0,3	2,6
Tuberculose pulmonaire	241	42	28	10,6	14	18,6
Tuberculose extrapulmonaire	66	13	6	2,6	4,3	4
Affections respiratoires aigues	94	9	12	4,3	3	8
Affectionctions grippales	33	16	12	1,4	5,3	8
Af. respiratoires chroniques	144	12	8	6,6	4	5,3
Af pharyngies	75	23	8	3,3	7,6	5,3
R.A.A et cardiopathies RAA	54	6	2	2,3	2	1,3
Hypertension et artèriels	306	13	1	13,3	4,3	0,6
Autres affections cardiaques	93	8	1	4	2,6	0,6
Aff. veineuses	52	8	–	2,4	2,6	–
Aff digestives diverses	164	19	16	7,3	6,6	10,6
Ulcères gastroduodénaux	34	5	6	1,3	1,6	4
Aff hépato vésiculaires	31	7	7	1,3	2,3	4,6
Aff rénales et génitourinaires	105	7	3	4,6	2,3	2
Aff endocrines et diabète	47	1	3	2,6	0,3	2
Aff neurologiques	28	2	–	1	0,6	–
Aff psychiatriques	48	11	1	2	3,6	0,6
Aff comitiales	53	13	1	2,3	4,3	0,6
Aff rhumatologiques	39	10	10	1,6	3,3	6,6
Aff dermatologiques	81	5	3	3,3	1,6	2
Hemopathies malignes et cancers	109	9	–	4,9	2,6	–
Ethylisme	167	25	3	7,8	8,6	1,9
Cirrhose	60	11	1	2,6	3,6	0,6
Fonctionnels	54	12	8	2,3	4	5,3
ECHANTILLON	2250	312	148*			

* (Le total des cas indiqués n'est pas égal au total de l'échantillon, un certain nombre de catégories d'affections n'étant pas indiquées, de même que les inclassables, et les malades relevant des services de chirurgie, O.R.L., ophtalmologie ... etc....)
De même le total des pourcentages n'est pas égal à 100.

Graphique IV — Fréquence des affections dans les échantillons nord-africains et métropolitains



de sexe masculin et de même âge que les échantillons nord-africains est celle qui sert de base à nos comparaisons. Les pourcentages sont ceux indiqués dans la colonne (5) du tableau II.

Nous pourrons utiliser dans cette étude un dernier échantillon de caractère particulier. Il s'agit de malades nord-africains examinés au Centre Médico-Social de la Main-d'Œuvre et qui ont été rapatriés pour raison de santé au cours de l'année 1954 [a]. Cet échantillon de 1.033 malades offre l'exemple d'une concentration des affections graves du même type que celle observée dans la population de malades métropolitains hospitalisés. Voici la répartition des diverses affections dans cet échantillon :

Notons que l'âge moyen de cette population est de 34 ans ½, donc sensiblement égal à celui des populations hospitalières qui est de 33 ans.

---

[a] Cette étude a été faite par le Dr Rothan, Médecin Inspecteur du Travail et de la Main-d'Œuvre — Nous le remercions d'avoir bien voulu nous en communiquer les résultats.

Par rapport à nos échantillons des enquêtes (II) et (III) (voir graphique IV), nous n'observons un taux identique que pour l'ulcère gastro-duodénal, 4,3 contre 5 %. Mais la tuberculose pulmonaire est 1,7 fois plus fréquente, les cardiopathies 2,6 fois plus, les affections respiratoires chroniques 2,6 fois plus, les affections psychiatriques 2,6 fois plus, les cancers 2,1 fois plus (par rapport au taux de cancers de notre enquête (I) car il n'en existe pas de cas dans les enquêtes (II) et (III).

Nature des affections	pour 1.000 malades rapatriés
— Maladies infectieuses dont : Gonococcie : 6 — Dysenterie : 5 — Paludisme : 8 — Poliomyélite : 1 — Typhoïde : 1 — autres : 1.	22
— Syphilis	17
— Tuberculose pulmonaire	253
— Tuberculose extra-pulmonaire	61
— Affections pulmonaires chroniques dont : Bronchites : 85 — Autres : 56	141
— RAA et cardiopathies rhumatismales dont : RAA : 6 — Cœur rhumatismal : 4	10
— Hypertension et maladies artérielles dont : Coronarites : 6 — Hypertension : 11 — Maladies des artères : 3 — Lésion vasculaire cérébrale : 1	21
— Autres affections cardiaques	23
— Affections veineuses	5
— Maladies de l'estomac et de l'intestin	63
— Ulcères gastro-duodénaux	43
— Affections hépato-vésiculaires	32
— Néphrites, néphroses	4
— Affections génito-urinaires	5
— Affections endocrines et diabète dont : Endocrines : 3 — Diabète : 2	5
— Affections neurologiques	15
— Affections psychiatriques	24
— Affections rhumatologiques	63
— Affections dermatologiques	6
— Cancers et hémopathies malignes dont : Néoplasies de la cavité buccale : 2 — Néoplasie digestive : 1 — TC : 1	4

Cet échantillon pourra donc être utile lorsque nous craindrons qu'une concentration des affections graves dans l'échantillon de malades métropolitains trouble nos comparaisons. Nous le dénommerons échantillon (IV).

1. — Affections d'origine nord-africaine.

Ces affections n'entrent que pour une part très faible dans la pathologie du Nord-Africain en France.

a) **Paludisme.** Nous n'en trouvons que 2 cas dans notre enquête (I), soit 0,75 pour 1.000 malades ; aucun dans les enquêtes (II) et (III). Il ne nous a pas été donné d'en observer de cas indiscutable et prouvé hématologiquement. Néanmoins, cette preuve n'est pas facile à obtenir. Il est possible que certains troubles mal précisés parfois observés soient dus à des formes frustes et atténuées. Nous trouvons dans l'enquête (I) 2 cas de splémomégalie isolés et un cas dans l'enquête (II), sans que l'étiologie soit précisée. L'échantillon (IV) de rapatriés comporte 8 cas de paludisme pour 1.000 malades. En tout état de cause, cette maladie ne pose aucun problème particulier.

b) **Amibiase.** Les cas d'amibiase sont plus fréquents. Nous en relevons 10 dans l'enquête (I), soit 3,75 pour 1.000 malades ou 6 °/oo malades hospitalisés en médecine. Dans chacune des enquêtes (II) et (III) il en existe 2 cas, soit au total 4 cas sur 223 malades (18 °/oo malades). Il n'est pas surprenant que le taux soit plus élevé parmi des malades qui ont été spécialement bien étudiés. La preuve du diagnostic n'est en effet pas facile à obtenir.

Sur les 2 malades que nous avons personnellement soignés, l'un présentait une ambiase intestinale chronique évidente et connue. Elle n'avait d'ailleurs pas été contractée en Afrique du Nord, mais en Syrie. Dans le 2e cas, le diagnostic est resté longtemps incertain. Le diagnostic porté lors d'un premier séjour a été celui de cholecystite. Ce n'est qu'à un 2e séjour que le développement de signes plus typiques et la découverte d'amibes dans les selles a fait porter le diagnostic d'hépatite amibienne. Ce malade était originaire de la Soumman et sa maladie certainement d'origine nord-africaine.

Il est probable qu'assez souvent des troubles digestifs peu caractéristiques sont dus à une amibiase non diagnostiquée. La recherche des amibes et kystes dans les selles nécessite de bonnes conditions d'examens qui ne sont pas toujours réalisées. Cette recherche faite systématiquement dans certains services spécialisés a montré une fréquence élevée d'examens positifs [1].

En tout cas il s'agit le plus souvent de formes chroniques. Les formes cliniquement typiques et sévères sont très rares.

Notons que l'origine des Nord-Africains immigrés est importante à connaître. L'amibiase est surtout fréquente au Maroc, en Tunisie et dans les régions algériennes limitrophes. Ce fait explique qu'on ne la rencontre pas fréquemment dans la population immigrée en France qui provient en majorité des Kabylies.

c) **Trachome.** 18 cas sont signalés dans l'enquête (I) soit 6,75 °/oo malades. La plupart des cas sont d'ailleurs des formes cicatricielles. Tous les cas de trichiasis ont été classés « trachome » car c'en est chez le Nord-Africain la cause la plus fréquente.

Ces affections sont les seules maladies d'origine africaine que nous ayons trouvées chez les malades étudiés par nos enquêtes. Au total, elles

---

1 — 9 — Dr Schneider. *Quelques aspects de l'amibiase observée à Paris chez les musulmans nord-africains.* ESNA. Cahier 14.

ne représentent que 1 % des affections observées chez les malades de l'enquête (I).

Si le praticien doit songer à elles lorsqu'il se trouve en présence d'un malade nord-africain, elles ne posent cependant, du point de vue général, aucun problème sanitaire particulier.

2. — Maladies infectieuses.

a) **Syphilis.** L'enquête (I) en comporte 33 cas, soit 12,40 % malades et 17,8 °/oo malades hospitalisés en médecine. Il s'agit aussi bien de cas de syphilis clinique que de cas de syphilis seulement sérologique. Dans l'enquête (II) nous en trouvons 4 cas (26 °/oo), dont 2 cas d'aortites et 2 cas de sérologies positives. Dans l'enquête (III) 2 cas (24 °/oo) de sérologies positives. Ces chiffres sont concordants et montrent la faible incidence de la syphilis sur la morbidité nord-africaine, ce qui va à l'encontre de bien des opinions admises.

Notons que dans ce cas particulier, l'échantillon de malades peut être considéré comme représentatif de la population entière. L'examen sérologique est en effet pratiqué systématiquement chez tout malade hospitalisé. L'extrapolation de ces taux à la population entière risque seulement de nous faire adopter des chiffres trop forts, le pourcentage observé chez les malades hospitalisés pouvant être majoré du fait de l'hospitalisation des syphilis cliniques.

Dans la population métropolitaine de même âge de l'échantillon 5 [1], le taux de syphilis sérologique est infiniment plus faible : 3 °/oo (tableau II). Par contre, dans la population métropolitaine totale de tous âges et des 2 sexes, ce taux est également de 26 °/oo, identique à celui observé dans la population nord-africaine.

Ces taux sont très éloignés de ceux parfois cités vers 1935 (de 20 à 40 °/o) et même de ceux observés à Lyon, par P. Delore, sur 700 observations échelonnées de 1938 à 1954 (92 %) [1], par Colin en 1950 (97 °/oo) [2]. Ils se rapprochent de celui observé par Boutaleb sur 810 tuberculeux étudiés dans la région parisienne en 1953 et 1954 : 33 °/oo.

Il semble donc que le taux des sérologies positives soit en régression rapide. Ce résultat est particulièrement remarquable. En Algérie même, la lutte antivénérienne est très efficace. Les malades, hommes et femmes, se font volontiers soigner, car ils savent l'importance des maladies vénériennes comme cause de stérilité. Mais il est probable qu'un facteur important est l'utilisation fréquente de la pénicilline au cours de nombreuses affections. Actuellement, si ce taux reste supérieur à celui observé dans la population métropolitaine de même âge, chez laquelle la syphilis a pratiquement disparu, il n'est pas supérieur à celui observé sur l'ensemble de la population parisienne.

---

1. — **8** — P. Delore, R. Lambert, A. Marin. *Enquête sur la pathologie dans la Métropole de l'Algérien musulman.*

2 — **5** — M. Colin, *Études sur la morbidité nord-africaine.* E. S. N. A.

3 — **1** — Boutaleb. *Enquête médico-sociale chez 810 Nord-Africains tuberculeux.*

b) **Gonococcie.** Les 16 cas observés dans l'enquête (I) représentent un taux de 6 °/oo malades. Les 3 cas observés dans l'enquête (II) et les 2 cas de l'enquête (III) représentent un taux de 20 °/oo. Ces taux sont faibles. Signalons toutefois que les enquêtes (II) et (III) montrent chacune un cas de rhumatisme gonococcique, complication actuellement rare dans la population métropolitaine.

Le pourcentage d'affections gonococciques observées dans la population métropolitaine **5**[1] est de 10 °/oo.

c) Les **autres maladies infectieuses ou parasitaires** ne posent aucun problème particulier. Leur proportion est de 23,30 °/oo dans l'ensemble de l'enquête (I), de 33 °/oo dans l'enquête (II), de 23 °/oo dans la population métropolitaine **5**[2]. Il s'agit dans la majorité des cas de parasitoses (taenia, ascaris).

3. — Affections respiratoires.

Les affections respiratoires sont les plus fréquentes de celles qui amènent le Nord-Africain à se faire hospitaliser. Elles constituent 16 % de l'ensemble des cas de l'enquête (I) (26 % des cas d'affections médicales). Dans l'enquête (II) 26,6 % des malades sont entrés en raison d'une affection respiratoire.

a) **Affections pulmonaires aiguës.** Dans l'enquête (I) les catégories du code, 20, 21, 23, 29 représentent 296 malades, soit 11 % (18 % des affections médicales). Dans l'enquête (II) nous trouvons 24 cas soit 16 %. Peut-on parler d'une sensibilité pulmonaire particulière du Nord-Africain ou d'une adaptation difficile au climat. Dans l'échantillon **5**[1] métropolitain les affections pulmonaires aiguës représentent 8 % des cas, soit moitié moins. Mais il s'agit d'affections le plus souvent bénignes pour lesquelles nous savons que le Métropolitain se fait moins facilement hospitaliser. Nous pouvons cependant assez raisonnablement supposer qu'elles sont un peu plus fréquentes chez le Nord-Africain.

Lors de notre classification nous avions fait une distinction entre pneumopathies aiguës et affections grippales. Cette distinction est illusoire. Nous réunissons ici, à côté de quelques cas de pneumonies typiques, les affections étiquetées : pneumopathie aiguë, congestion pulmonaire, bronchite aiguë, pneumopathies atypiques, pneumopathies virales, corticopleurite, grippe. Ces affections sont dans leur ensemble sans gravité : 80 % des cas ne nécessitent qu'un séjour à l'hôpital inférieur à 19 jours. Elles n'ont causé dans notre échantillon aucun décès.

b) **Suppurations pleuro-pulmonaires,** cette catégorie comprend des cas de pleurésie purulente non tuberculeuse, d'abcès du poumon, 9 cas au total dans l'enquête (I), soit 0,34 %, 1 cas dans l'enquête (II) soit 0,6 %. Ces cas n'appellent aucune remarque particulière.

c) **Pneumopathies chroniques.** Elles représentent 2 % des cas de l'enquête (I) environ (3,5 % des cas d'affections médicales) et 5,3 % des cas de l'enquête (II). L'échantillon **5**[1] métropolitain comporte 4 % de cas de pneumopathies chroniques. Il ne semble donc pas que ces affections soient plus fréquentes chez les Nord-Africains. Dans l'enquête (I) les bronchites chroniques représentent 0,75 % des cas, les dilatations des bronches

0,49 %, les asthmatiques 0,3 %. Notons que les enquêtes (II et III) comportent chacune 3 cas d'asthmatiques soit sur l'ensemble 2,6 % de cas. Cette affection sera donc assez couramment rencontrée chez le Nord-Africain.

d) **Les rhino-pharyngites, angines, amygdalites,** sont fréquentes mais ne représentent cependant que 2,7 % des cas de l'enquête (I) (4,6 % des cas médicaux) et 5,3 % des cas de l'enquête (II). Dans l'échantillon **5**[1] de Métropolitains, nous trouvons 7,6 % de cas d'angines. Or les angines sont parmi les affections bénignes que l'on s'attend à rencontrer moins fréquemment chez le Métropolitain hospitalisé. On peut donc se demander si les angines ne sont pas plus fréquentes chez lui que chez le Nord-Africain.

4. — Affections cardio-vasculaires.

Les affections cardio-vasculaires représentent 1,6 % des cas de l'enquête (I) (2,7 % des affections médicales) et 2,5 % des cas de l'enquête (II). Or dans l'échantillon **5**[1] de Métropolitains du même âge elles représentent 11,5 % des cas. La différence des taux est donc très importante. Même dans l'étude du Dr Rothan sur les rapatriés pour raisons de santé, où les affections chroniques graves sont concentrées, nous ne trouvons que 5,6 % d'affections cardio-vasculaires.

On pourrait penser que les hommes porteurs d'une lésion cardiaque ne sont pas venus en France. Ceci est valable pour les cardiopathies du jeune, soit congénitales, soit consécutives à un rhumatisme articulaire aigu survenu en Afrique du Nord. Ces cas ne constitueraient cependant qu'un faible pourcentage. Les cas de rhumatisme articulaire aigü avec ou sans complication survenant en France dans cette population jeune peuvent, eux, être facilement observés. Quant aux affections d'origine artérielle survenant essentiellement chez l'homme de plus de 40 ans, elles doivent nous apparaître dans leur ensemble. D'après l'étude que nous avons pu faire sur l'échantillon de l'enquête (III), la grosse majorité des Nord-Africains de plus de 40 ans réside en France depuis plus de 20 ans. Par ailleurs, les troubles fonctionnels consécutifs à une affection cardio-vasculaire, se révélant de façon particulièrement nette chez les ouvriers manuels et ayant de graves répercussions sur leurs possibilités de travail entraînent leur hospitalisation inévitable [a].

a) **Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales.**

L'étude de ces affections est très difficile car nos échantillons sont très faibles.

Nous trouvons 1 cas de RAA dans l'enquête (I) sur 2.639 hospitalisés : 1 dans l'enquête (II) sur 148, aucun dans l'enquête (III) sur 83 cas. Le pourcentage n'a guère de sens et représente moins de 0,7 °/oo sur l'ensemble de tous ces hospitalisés.

Il y a 8 cas de cardiopathies rhumatismales dans l'enquête (I), soit 3 °/oo, et 1 cas dans l'enquête (II).

Dans l'échantillon **5**[1] métropolitain, 3 cas de RAA (10 °/oo) et 3 de cardiopathies rhumatismales (10 °/oo).

---

a Cf. L'étude de ces diverses objections, *infra*, pp. 179 et 180.

Bien que ces chiffres semblent indiquer une faible fréquence du RAA chez le Nord-Africain, la trop petite dimension de nos échantillons nous interdit toute affirmation formelle.

b) **Affections artérielles.**

Dans l'enquête (I) nous trouvons 3 cas de coronarites ou infractus du myocarde, 3 cas d'hypertension ou complications de l'hypertension, 3 cas de complications vasculaires cérébrales, au total 3,4 °/oo (5,7 °/oo des affections médicales). Dans l'enquête (II) nous trouvons 1 cas d'infractus.

Dans l'échantillon métropolitain **5**[1] il y a 13 cas d'affections d'origine artérielle : hypertension, hypertension maligne, IVG, cononarite, infractus, artérite, complications vasculaires cérébrales. Ceci représente 43 °/oo malades.

La différence des pourcentages est également ici considérable.

Sur la base de ces données, les affections d'origine artérielle apparaîtraient comme 7 fois moins fréquentes chez le Nord-Africain.

c) **Autres affections cardiaques.**

Il n'y a pas de cas de cardiopathie congénitale dans l'enquête (I), mais il y en a 1 dans l'enquête (II) et 1 dans l'enquête (III).

Nous trouvons 4 cas de troubles du rythme dans l'enquête (II).

Dans l'enquête (I) 18 cas étaient diagnostiqués cardiopathie ou insuffisance cardiaque, sans autre précision. L'ensemble de ces cas représente 8,25 °/oo (13 °/oo des affections médicales).

Dans l'échantillon **5**[1] les cas de cardiopathies mal précisées de ce type étaient au nombre 8, soit 26 °/oo.

d) **Affections veineuses.**

Elles sont également très rares chez le Nord-Africain. Nous n'en trouvons que 3 cas dans l'enquête (I) soit 1,1 °/oo.

Dans l'échantillon métropolitain **5**[1], il y en a 8 cas : ulcères variqueux, phlébite, embolie consécutive à une phlébite. Au total 26 °/oo.

Cette rareté des affections cardio-vasculaires chez le Nord-Africain avait déjà été notée aussi bien dans les travaux faits en Afrique du Nord que dans l'enquête de P. Delore à Lyon [1]. Dans l'enquête de M. Colin [2], sur 228 cas, il n'y en avait aucun cardiaque.

Pour tenter de préciser cette notion, nous avons fait une étude spéciale dans le service du Professeur Agrégé Y. Bouvrain à l'Hôpital Dubois. Les conditions y étaient particulièrement favorables. Il s'agit d'un service de médecine générale adulte d'un hôpital de circonscription. La population nord-africaine est particulièrement dense dans cette circonscription et le pourcentage de Nord-Africains, parmi les hospitalisés de l'Hôpital Dubois, est le plus élevé de tous ceux des hôpitaux de la Seine.

Le chef de service étant cardiologue, nous avions la certitude qu'aucune cardiopathie existante ne serait méconnue. Sur les 242 malades nord-africains hospitalisés du 10 janvier au 10 août 1956, il ne s'est trouvé qu'un

---

1 — **8** — P. Delore, R. Lambert, A. Marin, *op. cit.*
2 — **5** — M. Colin, *op. cit.*

rhumatisme articulaire aigu, et une cardiopathie (rétrécissement aortique). Nous excluons une cardiopathie congénitale que nous avions adressée au Professeur Agrégé Bouvrain et qui est déjà comptée dans l'enquête (III). Le total des affections cardio-vasculaires ne représente donc que 0,8 % des cas dans cette population d'hospitalisés, taux encore inférieur à ceux des enquêtes (I) et (II).

5. — Affections digestives.

Elles sont, avec les affections pulmonaires et la tuberculose, les plus fréquentes des causes d'hospitalisation. Dans l'enquête (I), 9 % des cas (15 % des affections médicales), dans l'enquête (II) 19,2 %. Cependant, dans l'échantillon métropolitain **5**[1] le pourcentage des affections digestives est de 10,5. Compte tenu du fait que les Métropolitains se font moins fréquemment hospitaliser pour ces affections, bénignes dans l'ensemble, rien ne nous autorise à penser qu'elles sont plus fréquentes chez le Nord-Africain.

a) Il est assez aléatoire de classer les affections désignées sous les termes de : troubles gastriques, gastrites, douleurs épigastriques, colites, troubles digestifs, diarrhées, douleurs abdominales. Leur diagnostic n'est d'ailleurs pas aisé et les difficultés de l'interrogatoire compliquent l'étude des signes fonctionnels. Ces affections, groupées sous les numéros 30, 32, 38 et 39 de notre code, représentent 5,1 % des cas (8,6 % des cas médicaux). Chez le Métropolitain de l'échantillon **5**[1] elles constituent 6,6 % des cas. Les fréquences sont donc comparables. Le Nord-Africain ne pose donc pas de problème spécial de ce point de vue.

b) **L'ulcère gastro-duodénal.**

Dans l'enquête (I) le total des cas d'ulcères, de gastrectomies pour ulcère et de troubles après gastrectomie est de 52 cas, soit 2 %. Dans l'enquête (II) nous trouvons 6 cas, soit 4 % ; dans l'enquête (III) 6 cas, soit 7,2 %.

Notons la différence entre les taux des enquêtes (II) et (III) et ceux de l'enquête (I). Elle est rarement aussi marquée. Ce fait n'est pas surprenant. Les malades des enquêtes (II) et (III) ont subi des examens souvent plus approfondis. Les radiographies d'estomac demandées même devant des symptômes fonctionnels peu typiques, la répétition des examens, ont amené la découverte d'ulcères qui auraient été méconnus à un examen plus superficiel. Dans 2 cas de l'enquête (III), le diagnostic de duodénite avait été porté lors de séjours antérieurs devant des images de bulbe mal injecté ou déformé. L'ulcère n'a été mis en évidence que par de nouvelles radiographies, lors d'un 2e séjour.

Cette constatation a d'ailleurs une portée plus générale. Il est vraisemblable que des examens répétés permettraient souvent de découvrir des ulcères inapparents sur une seule série de clichés. La morbidité ulcéreuse est probablement plus forte que celle effectivement constatée.

Dans l'échantillon **5**[1] métropolitain, il y a 5 ulcères qui ne représentent que 1,6 % des malades. Taux nettement plus faible, par conséquent, que chez le Nord-Africain. L'ulcère est assez souvent soigné à domicile chez le Métropolitain. C'est néanmoins une affection assez sérieuse pour

que l'on puisse penser qu'elle entraîne l'hospitalisation au moins aussi fréquemment que chez le Nord-Africain.

La fréquence de l'ulcère gastro-duodénal chez le Nord-Africain, déjà signalée, se trouve donc confirmée.

Le traitement de ces ulcères pose un problème souvent difficile. Le traitement médical prolongé, hors de l'hôpital, sera le plus souvent très mal suivi. Par ailleurs, les suites de gastrectomies paraissent très défavorables. Il semble que l'on ne doive y recourir qu'en dernière extrémité.

Nos séries sont trop courtes pour pouvoir donner des chiffres sur ce sujet, mais nous avons observé un certain nombre de cas de troubles après gastrectomies et de tuberculoses très évolutives.

c) **Les affections vésiculaires** sont fréquentes dans l'enquête (II) : 6 cas, soit 5 %. Dans l'enquête (I) on n'observe cependant que 12 cas, soit 0,45 % (0,75 % des affections médicales) et 1 cas dans l'enquête (III), soit 1,2 %. Elles ne présentent aucune particularité notable.

Dans l'échantillon 5 [1] nous trouvons 2,3 % d'affections vésiculaires.

Il y a dans l'enquête (I) 17 cas d'hépatite ictérigène (0,6 %), 1 cas dans l'enquête (II), 1 cas dans l'enquête (III).

6. — Affections neuro-psychiatriques.

Notons leur très faible fréquence, du moins en France.

Notre enquête (I) a porté sur les services d'agités des hôpitaux de l'Assistance Publique. Par ailleurs, un certain nombre de cas relevant de la psychiatrie sont hospitalisés en urgence dans les services de médecine générale, avant d'être transférés en établissements spécialisés. Or, nous ne trouvons dans l'enquête (I) que 9 cas, soit 0,3 % d'affections psychiatriques. Dans le service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu l'enquête (II) n'en montre qu'un cas (soit 0,6 %). L'échantillon métropolitain **5**[1] en présente, lui, 11 cas, soit 3,6 %.

Dans l'enquête (I) nous trouvons 9 cas de comitiaux, soit 0,3 %, 1 cas dans l'enquête (II), soit 0,6 %. Alors que dans l'échantillon métropolitain il en existe 13 cas, soit 4,3 %.

Néanmoins, comme il est certain que les malades mentaux et les épileptiques n'émigrent pas en France, nous ne pouvons tirer aucune conclusion de ces très fortes différences [1].

7. — Affections d'origine alcoolique.

Nous avons signalé au chapitre II [a] l'incidence faible de l'alcoolisme sur la population nord-africaine.

Nous trouvons 22 affections d'origine alcoolique, soit 0,8 % dans l'enquête (I), et 3 dans l'enquête (II), soit 1,9 %. Dans l'échantillon métropolitain **5**[1] de même âge nous trouvons 8,6 % d'affections d'origine alcoolique.

---

1 Pour les études sur les affections psychiatriques des Nord-Africains en France on consultera :

7 — G. Daumezon, Y. Champion, Mme J. Champion-Basset. *Incidences psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine.*

[a] Chapitre II, p. 121.

Dans l'enquête (I) il y a 2 cas de cirrhose sur 2.639 malades, soit 0,75 °/oo, il y en a 1 cas dans l'enquête (II). Dans l'échantillon **5**[1] métropolitain il y a 11 cirrhoses sur 312 malades, soit 35 °/oo.

8. — Hémopathies malignes et cancers.

Nous trouvons parmi les malades de l'enquête (I) 4 cas d'hémopathies malignes, soit 1,5 pour 1.000 malades. Il s'agit d'une leucémie lymphoïde, 1 leucémie myeloïde, 1 maladie de Hodgkin, 1 polyglobulie. Nous trouvons un cas de maladie de Hodgkin dans l'enquête (II), aucun dans l'enquête (III). Sur le total de ces 2 dernières, le taux serait de 4 pour 1.000 malades. Dans l'échantillon **5**[1] de Métropolitains de même âge, nous trouvons 1 cas de maladie de Hodgkin, soit 3,2 °/oo malades.

Les nombres de cas sont trop faibles pour accorder une valeur aux pourcentages. Du moins observons-nous une fréquence qui semble comparable dans les 2 populations.

L'enquête (I) nous apporte 5 cas de cancers et 1 cas de tumeur cérébrale. Ces 5 cancers sont : 1 cancer de l'ethnoïde, 1 épithélioma de la face, un cancer de la vessie, 1 cancer du rectum, 1 cancer bronchique. Ces 6 cas correspondent à 2,3 pour 1.000 malades hospitalisés. 1 seul ayant été hospitalisé en service médecine, le taux serait de 0,5 °/oo malades de médecine. Il n'y a pas de cas de cancer dans les enquêtes (II) et (III).

Dans l'échantillon **5**[1] de 312 Métropolitains de sexe masculin de même âge que la population nord-africaine, nous trouvons 7 cas de cancers soit 22 °/oo. Devant une différence des taux aussi considérable, nous avons pensé que l'échantillon tiré était particulièrement défavorable. Nous avons retiré successivement 3 autres échantillons différents (5 [4], 5 [5] et 5 [6]) dans les mêmes conditions, et ainsi qu'il est exposé au chapitre II [a]. Le nombre de cancers trouvés a été : 5 [4] : 2 cas — 5 [5] : 6 cas — 5 [6] : 5 cas. Nous trouvons donc en moyenne 5 cas de cancers dans ces 4 échantillons de 312 malades, soit 16 °/oo. Ce taux reste beaucoup plus élevé que celui observé dans la population de malades nord-africains.

Si nous nous référons aux études antérieures, nous constatons que sur les 228 cas étudiés à Lyon par M. Colin [1], il n'y a pas de cancer. Sur les 700 cas étudiés par P. Delore [2], il y a 2 cancers soit 2,8 °/oo. (Il s'agit d'un cancer primitif du foie et d'un cancer bronchique). Sur les 1.033 cas de rapatriés pour raison de santé étudiés par A. Rothan, il y a 4 cas de cancer soit 3,8 °/oo.

Nous savons quelles réserves nous devons faire sur ces comparaisons de *pourcentages* de *malades hospitalisés* appartenant à des échantillons difficiles à rapprocher. Nous allons cependant examiner les objections que l'on peut présenter et lesquelles restent valables.

a) Peut-on penser que les Nord-Africains cancéreux ne sont pas venus en France, du fait même de la maladie qui les aurait empêchés d'émigrer ?

Cette objection serait valable si le mouvement migratoire se faisait avec un

---

[a] Cf. Chapitre II, p. 116.

1 — **5** — M. Colin, *La Morbidité des Nord-Africains dans la métropole.*

2 — **8** — P. Delore, R. Lambert, A. Marin, *Enquête sur la pathologie dans la métropole, de l'Algérien musulman.*

important roulement, sur un rythme rapide, de travailleurs restant peu de temps en France. Les données présentées au chapitre 11 montrent qu'il n'en est pas ainsi.

Nous ne possédons pas pour les malades de notre enquête (I) les dates d'arrivée en France. Mais pour l'échantillon de malades de l'enquête (III) nous observons que les 22 malades de plus de 40 ans, sauf 1, sont en France depuis plus de 5 ans. La majorité (16 d'entre eux) est en France depuis plus de 20 ans. Tous les malades de plus de 50 ans (8 cas) sont en France depuis plus de 30 ans.[a]

Or tous les malades cancéreux de l'enquête (I) sont âgés de plus de 40 ans.

b) Peut-on penser que les cancéreux sont retournés en Algérie dès les premiers signes de la maladie ?

— Le fait même que ces malades soient âgés montre qu'ils sont très solidement implantés en France. Par exemple, sur les 16 cas de l'enquête (III) de malades âgés de plus de 40 ans et arrivés en France avant 1936, 4 ne sont jamais retournés en Afrique du Nord depuis, 3 seulement vont y passer leurs congés. Étant donné cette solidité d'implantation, leur première pensée sera de se faire soigner en France.

— Étant donné le taux de fréquentation hospitalière très élevé des Nord-Africains, il y a peu de chance qu'un malade ne se soit pas fait hospitaliser au moins une fois.

— L'étude de A. Rothan sur les causes de rapatriement de malades nord-africains ne montre que 4 cancers, soit 3,8 °/oo.

c) Les cancers ont-ils moins de chance d'être dépistés chez les Nord-Africains ? En fait, le Nord-Africain se trouve dans les meilleures conditions possibles de dépistage en raison de son taux de fréquentation hospitalière élevé. C'est à l'hôpital que la chance d'un dépistage rapide est maximum.

d) La plus importante objection nous empêchant de tirer des conclusions de cette observation est celle signalée au début de ce chapitre : la concentration plus forte des cas graves dans la population hospitalisée métropolitaine.

Nous pouvons remarquer cependant :

— A l'étude d'ensemble faite au début de ce chapitre, les maladies graves semblaient 1,5 à 2 fois plus fréquentes chez les malades métropolitains hospitalisés. Mais les cancers apparaissent, selon les échantillons, 5 à 10 fois plus fréquents.

— Nous n'observons pas un phénomène de concentration aussi marqué pour les hémopathies malignes, alors qu'il avait toute chance de se présenter de façon identique.

— L'échantillon de rapatriés nord-africains présente, nous l'avons vu, un pourcentage très accru d'affections graves. Malgré cela la proportion de cancer reste de 3,8 °/oo, 4 fois plus faible que dans l'échantillon de Métropolitains hospitalisés.

e) Nous avons tenté, bien que le faible nombre de cas rende une extrapolation hasardeuse, d'estimer le taux d'hospitalisation pour cancer dans la population nord-africaine de la Seine.

Si nous utilisons la totalité de notre enquête (12 semaines échelonnées sur 9 années) nous obtenons un taux de 49 pour 100.000.

Si nous faisons le calcul à partir du nombre des malades hospitalisés dans les 6 semaines étudiées en 1955 et dans les 6 premiers mois de 1956, nous obtenons un taux de 35 pour 100.000.

Ce sont là des taux d'hospitalisations pour cancer et non des taux de morbidité cancéreuse. Ils diffèrent du taux de morbidité, en moins, si des cancéreux n'ont pas été hospitalisés, en plus, si des cancéreux ont été hospitalisés plusieurs fois. Dans l'étude que nous faisons sur la tuberculose à la fin de ce chapitre, nous observons que le taux d'hospitalisation est constamment plus fort que le taux de morbidité, en moyenne de 40 %. L'incidence des hospitalisations multiples l'emporte de beaucoup sur l'incidence des cas de non hospitalisation, bien que, dans le cas de la tuberculose, un certain nombre de malades soient envoyés en sanatorium directement sans hospitalisation. Nous ne pouvons affirmer qu'il en soit de même en ce qui concerne le cancer, mais les hospitalisations multiples sont presque la règle dans les cas de cancer. Dans ces conditions le taux de morbidité cancéreuse du Nord-Africain serait nettement inférieur aux taux d'hospitalisations pour cancer que nous venons d'indiquer.

---

[a] Cf. Chapitre II. Graphique II.

La meilleure indication sur la morbidité cancéreuse métropolitaine est fournie par l'enquête menée en 1951 et 1952 dans le Loir-et-Cher par l'Institut National d'Hygiène [1]. Les taux de fréquence ayant été déterminés pour chaque tranche d'âges, il nous était facile de calculer quel aurait été le taux observé dans une population de même répartition par tranches d'âges que la population nord-africaine. Ce taux serait de 91,5 °/oo (les hémopathies malignes étant exclues). Ce taux apparaît encore comme considérablement plus fort que ceux que nous avons tenté de dégager de nos données sur la population nord-africaine de la Seine.

La difficulté de comparaison des échantillons que nous possédons, le petit nombre de cas qui rend toute extrapolation hasardeuse, nous interdisent de conclure formellement à la fréquence considérablement plus faible du cancer chez le Nord-Africain, que suggère notre étude. Il serait peut-être souhaitable de rassembler sur ce sujet des données dont l'interprétation ne serait pas aussi critiquable.

8. — Les affections chirurgicales.

En dehors des infections cutanées et des affections traumatiques dues pour une bonne part aux accidents du travail, les seules causes notables d'hospitalisation en chirurgie sont les appendicites (72 cas dans l'enquête (I) soit 2,7 %) et les hernies (35 cas soit 1,3 %).

9. — Les accidents du travail.

Nous trouvons dans l'enquête (I) 312 cas d'accidents du travail soit 11,8 %.

297 sont hospitalisés en chirurgie, 1 en ORL, 13 en ophtalmologie.

Dans l'ensemble les cas ne sont pas graves puisque 85 % restent à l'hôpital moins de 20 jours.

Sur 297 cas hospitalisés en chirurgie, il y a 27 infections cutanées, 142 contusions, plaies et brûlures, 87 fractures, 25 traumatismes craniens.

Notons que si nous tentons par extrapolation d'évaluer le nombre d'accidents du travail ayant conduit à une hospitalisation, nous arrivons au chiffre de 2.500 par an environ, soit approximativement 30 cas pour 1.000 salariés.

Des études du Contrôle Général de la Sécurité Sociale [2] montrent une fréquence des accidents du travail plus grande chez le Nord-Africain que chez le Métropolitain (par exemple: à Lille 271 °/oo contre 108 °/oo. En Moselle 612 °/oo contre 176 °/oo). Aux Usines Renault en 1953 le taux était pour les Nord-Africains de 419 °/oo. Les taux que nous observons à l'hôpital montrent que la proportion des cas assez graves pour justifier l'hospitalisation est faible.

10. — Mortalité.

Sur les 2.639 malades hospitalisés étudiés par l'enquête (I), il y a 37 décès. Ce chiffre est faible et nous donne un pourcentage de 1,4 décès pour 100 malades. Dans l'enquête (II), il y a 2 décès sur 145 malades, soit 1,3 %.

---

1. — **16** — Institut National d'Hygiène (Dr P.-F. Denoix). *Essai d'Étude de la fréquence d'apparition des nouveaux cas de cancer.*

2. — **6** — Contrôle Général de la Sécurité Sociale. *Les travailleurs nord-africains et la Sécurité Sociale.*

Le tableau III indique les causes de décès par âges et par affections.

Notons en particulier que la mortalité par tuberculose est faible. L'extrapolation à partir des 5 cas de décès nous indiquerait 38 décès par tuberculose dans la Seine en 1955. Le fichier de l'Office de l'Algérie en indique 18. Notre extrapolation sur 5 cas ne peut guère être considérée que comme un ordre de grandeur. Le pourcentage de décès est faible, par rapport au nombre de tuberculeux traités, qui est de plus de 2.800 pour l'année 1955 ; il se situe autour de 1 % des cas.

Les échantillons de Métropolitains extraits de l'enquête (II) montrent une mortalité plus forte. Pour les échantillons 5 [1], 5 [2] et 5 [3] [a], le nombre des décès est respectivement de 20 sur 312 malades, de 15 sur 231 et de 5 sur 231. La mortalité est en moyenne, sur ces trois échantillons, de 5,2 pour 100 malades. Cette mortalité plus forte est essentiellement due au pourcentage plus important d'affections cardio-vasculaires, de cancers et d'alcooliques.

Nous ne pouvons pas, cependant, en tirer de conclusion formelle. D'une part, nous savons que les échantillons hospitaliers métropolitains présentent une proportion un peu plus forte de cas graves. D'autre part, un certain nombre de malades chroniques nord-africains, qu'il est impossible d'estimer, rentre en Afrique du Nord.

Une extrapolation cherchant à chiffrer la mortalité de la population nord-africaine de la Seine est donc impossible.

TABLEAU III — Cause de décès

âges	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/64	65	Total
Maladies infectieuses	1		1							2
Tuberculose			1	2		1	1			5
Insuffisance cardiaque		1			1	1		1	2	6
Hémiplégies								4		4
Cirrhoses						1	1			2
Hémopathies malignes						1				1
Cancer							1	1		2
Traumatisme	1	1							1	3
Traumatisme cranien	1	2	2		2					6
Cause inconnue					1	1		1		3
Néphrites	1			1				1		3
	4	4	4	3	3	5	3	8	3	37

[a] Cf. *supra*, Chapitre II, p 116.

III. — LA TUBERCULOSE

Nous étudions la tuberculose dans un chapitre spécial. Elle constitue le principal problème posé par la santé du Nord-Africain en France.

Elle est la maladie la plus fréquente : 12,7 % des Nord-Africains hospitalisés le sont pour une tuberculose.

Mais ce chiffre ne donne pas une idée exacte de son importance réelle et de la charge sociale qu'elle représente.

Nous avons étudié dans notre enquête (I) 2.635 malades. Ces 2.635 cas totalisent 62.400 journées d'hospitalisation. Mais les 336 tuberculeux à eux seuls totalisent 20.016 journées, soit près du 1/3. Encore devons-nous considérer que la grande majorité ne quitte l'hôpital que pour partir en sanatorium. Pour les 236 tuberculeux nord-africains sortis du sanatorium de Brévannes en 1955, la durée moyenne du séjour au sanatorium a été de 8 mois 9 jours. Nous pouvons ainsi calculer que les 336 tuberculeux que nous avons étudiés exigent plus de 100.000 journées de séjour dans un établissement de soins, soit plus du double de ce qu'exigent les 2.302 autres malades, représentant toutes les autres affections médicales ou chirurgicales.

Nous ne devons pourtant pas nous laisser aller à penser que cette grave incidence de la tuberculose est un problème spécifiquement nord-africain. Le graphique qui ne concerne que les affections médicales, nous a déjà permis de nous faire une idée de cette question. Selon notre enquête (I) et notre enquête (II) le pourcentage des tuberculeux, par rapport au total des malades hospitalisés pour affections médicales, est de 18,2 à 22,6 % chez les Nord-Africains. Mais dans la population métropolitaine *de même âge* étudiée par notre enquête (II) le pourcentage des tuberculeux est de 18,3, donc très voisin. Certes, nous ne savons quelle est la valeur représentative exacte de notre échantillon de malades métropolitains. Du moins pouvons-nous soupçonner que le problème de la tuberculose conserve pour la population française une importance identique.

Nous avons indiqué [a] que nous avions consacré à la tuberculose chez les Nord-Africains de la Seine trois études distinctes. Nous étudierons successivement les données qu'elles nous fournissent.

1. — Données fournies par l'enquête (I) dans 14 hôpitaux de l'Assistance Publique.

Ces renseignements ne peuvent nous donner qu'une idée indirecte de la morbidité tuberculeuse. En effet, un même malade peut se faire hospitaliser plusieurs fois au cours d'une même année. D'autre part, tous les tuberculeux ne sont pas hospitalisés. Certains sont envoyés directement en sanatorium après avoir été dépistés par un dispensaire.

---

[a] Cf. *supra*. Introduction pp. 19 et 20.

Néanmoins, l'étude du taux d'hospitalisation pour tuberculose peut nous fournir des indications intéressantes.

Le taux moyen actuel, selon que l'on envisage les estimations fortes ou faibles [a] de la population nord-africaine de la Seine, est de 22,5 à 29,1 ‰ [b].

Notre enquête (I) nous donne un échantillon de 336 Nord-Africains tuberculeux sur lesquels 317 sont domiciliés dans la Seine. Le nombre des hospitalisés par semaine reste du même ordre de grandeur depuis 1953. Nous calculerons donc le taux d'hospitalisation sur les 4 dernières années, pour lesquelles nous possédons les chiffres de 8 semaines témoins. Sur les 336 malades, 277, soit 83 %, ont été hospitalisés dans les 8 semaines témoins de ces 4 dernières années. Nous estimons donc le nombre d'hospitalisés par an en calculant :

$$317 \times 0{,}83 \times \frac{52}{8} = 1.709.$$

Ce chiffre correspond à l'estimation des hospitalisés pour tuberculose en un an dans les 14 principaux hôpitaux de l'A. P. Nous devons l'affecter d'un coefficient de pondération pour estimer le total des hospitalisés de la Seine. Nous utiliserons le rapport que nous avons obtenu entre le total des malades recensés par notre enquête hospitalière générale dans 29 hôpitaux de la Seine et le total des malades étudiés dans l'enquête (I). Ce rapport est égal à 1,45. L'estimation du nombre des tuberculeux hospitalisés par an dans les hôpitaux du département de la Seine sera donc : $1.709 \times 1{,}45 = 2.478$. Selon les estimations de population nous obtiendrons : pour 85.000 Nord-Africains : un taux de 29,1 %, pour 110.000 Nord-Africains : 22,5 %.

Nous utiliserons dans nos calculs 3 coefficients :

$p = 0{,}95$ pour estimer la population hospitalière domiciliée dans la Seine par rapport à la population hospitalisée totale.

$q = 0{,}83 \times \frac{52}{8} = 5{,}4$, utilisé ci-dessus pour calculer le nombre des hospitalisés par an, dans les 14 hôpitaux de l'A. P., à partir du nombre des hospitalisés relevés par notre enquête (I).

$r = 1{,}45$ pour estimer le nombre des hospitalisés dans la Seine à partir du nombre des hospitalisés dans les 14 hôpitaux de l'A. P.

Le tableau IV indique : le nombre de Nord-Africains hospitalisés au cours des semaines étudiées par l'enquête (I) (lignes (1) (2) (3)). L'estimation du nombre de Nord-Africains de la Seine hospitalisés par an pour tuberculose (ligne (6)), deux estimations du taux d'hospitalisation pour tuberculose pour chaque année considérée (lignes (9) et (10)) en fonction des deux estimations fortes (a) et faible (b) de la population nord-africaine dans la Seine (lignes (7) et (8)).

Le graphique V illustre ces données.

Nous sommes immédiatement frappés par le fait que la courbe des hospitalisés pour tuberculose n'est pas régulièrement croissante, parallèlement à la courbe de la population. Le nombre des hospitalisés pour tuberculose est stationnaire depuis 1953.

Corrélativement, le taux d'hospitalisation pour tuberculose est décroissant depuis 1949.

---

[a] Cf. *supra*. Chapitre I. p. 36.

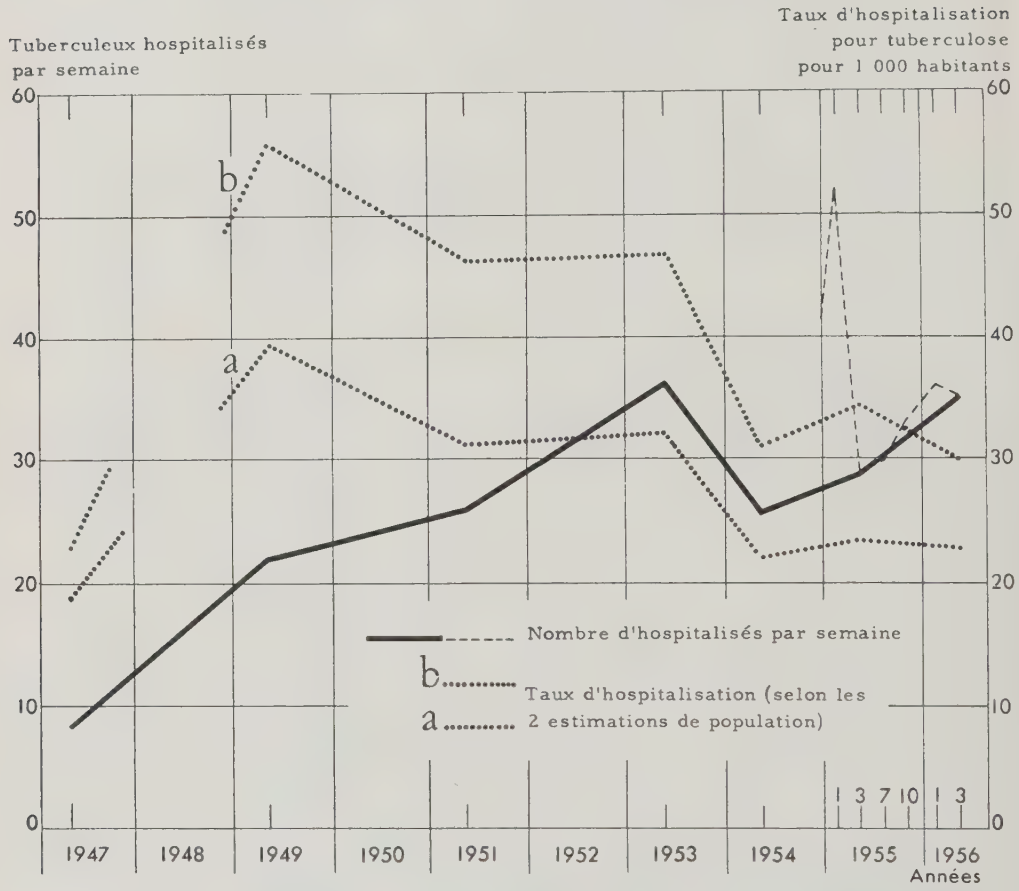
[b] Ces chiffres sont un peu inférieurs à ceux donnés sur le graphique I, p. 162. Nous n'avions pas jugé utile à ce moment de tenir compte des 5 % de malades hospitalisés dans la Seine mais domiciliés hors de la Seine, pour calculer des estimations faites à 20 % près. Nous chercherons, en ce qui concerne la tuberculose à serrer la réalité d'aussi près qu'il sera possible.

TABLEAU IV — Évolution du Taux d'hospitalisation pour Tuberculose

	1938	1947	1949	1951	1953	1954	1955				1956	
							1	3	7	10	1	3
Nord Africains tuberculeux hospitalisés dans 14 Hopitaux A.P												
Hommes (1)	3	8	21	26	36	24	51	28	29	33	35	35
Femmes (2)			1			2	1	1	1		1	
Total : (3)	3	8	22	26	36	26	52	29	30	33	36	35
Estimation du nombre annuel d'hospitalisés dans 14 Hopitaux A.P (x 52) (4)	156	416	1144	1352	1872	1552	— 1872 (Moyenne) —				1846 (Moyenne)	
Estimation du nombre annuel d'hospitalisés dans 29 Hop. de la Seine (x 1,45 = r). (5)	226	603	1773	1960	2714	1960	— 2714 —				— 2676 —	
Estimation du nombre des hospitalisés domiciliés dans la Seine (Xp = 0,95) (6)	214	573	1684	1862	2578	1862	— 2578 —				— 2542 —	
Estimation de la population NA* de la Seine												
Forte (a) (7)		30'000	42'500	60'000	80'000	85'000	110'000				110'000	
Faible (b) (8)		25'000	30'000	40'000	55'000	60'000	75'000				85'000	
Taux d'hospitalisation pour tuberculose dans les hopitaux du département de la Seine												
Selon estimation (a) (9)		19,1	39,6	31,0	32,2	21,9	23,4				23,1	
Selon estimation (b) (10)		22,9	56,1	46,5	46,8	31,0	34,3				29,9	

* deuxième estimation corrigée . CF Supra Chapitre I

Graphique V — Évolution du nombre des hospitalisés et du taux d'hospitalisation pour tuberculose



Le taux d'hospitalisation en 1947 est très bas. Nous ne savons s'il peut être considéré comme valable. Le chiffre de la population nord-africaine en 1947 est le plus mal connu [a]. L'immigration massive a fait doubler ce chiffre au cours de l'année. Il n'est donc guère légitime de calculer un taux d'hospitalisation à partir d'un sondage fait dans la première semaine de mars, d'après la population moyenne de l'année. D'autre part, les cas de tuberculose existant, ou apparus dans cette population, n'ont sans doute été dépistés qu'avec un certain décalage et sont vraisemblablement répercutés sur les années suivantes. Nous ne tiendrons donc pas compte des taux d'hospitalisation pour tuberculose en 1947.

Il n'est pas possible de donner, à priori, la raison de cette baisse régulière du taux d'hospitalisation. Différents facteurs peuvent être en cause. Par exemple :

— Diminution réelle de la morbidité tuberculeuse.

— Discipline plus grande des malades, et diminution des hospitalisations, et sorties successives au cours d'une même année.

---

[a] Cf. Chapitre I, pp. 33 et 36.

— Dépistage plus précoce, à un stade moins grave de la maladie, permettant plus souvent le départ direct en sanatorium sans séjour à l'hôpital préalable.

D'autres facteurs plus indirects peuvent également être en cause [a]. Un seul de ces facteurs peut être explicatif ; plusieurs peuvent jouer simultanément.

En tout état de cause, le fait de la diminution du taux d'hospitalisation pour tuberculose est favorable.

Nous avons étudié le taux d'hospitalisation pour tuberculose des populations nord-africaines des différents arrondissements de Paris et communes de la Seine. Le tableau V montre les résultats que nous avons obtenus.

La colonne (1) indique le nombre de malades tuberculeux hospitalisés provenant de chaque arrondissement ou commune observés dans l'enquête (I).

La colonne (2) indique l'estimation du nombre de malades tuberculeux hospitalisés dans les 14 hôpitaux de l'A. P. en une année. Le sens du coefficient q = 5,4 est indiqué p. 184.

Le coefficient K indiqué dans la colonne (3) est celui qui a été utilisé pour obtenir l'estimation de la population par commune [b]. Il correspond au rapport du nombre des malades hospitalisés dans l'ensemble des hôpitaux de la Seine au nombre des malades étudiés par l'enquête (I). Il correspond au coefficient = 1,45 [c] utilisé pour pondérer la population de l'enquête (I) dans les estimations globales valables pour la Seine entière.

La colonne (4) indique l'estimation du nombre de tuberculeux de chaque commune hospitalisés par an.

La colonne (5), l'estimation de la population de l'arrondissement ou commune résultant des études faites au chapitre I [d].

La colonne (6) indique le taux calculé pour chaque commune ou arrondissement. Dans la majorité des cas, il reste compris dans les limites de 20 à 35 % que nous avons déjà observées. Cette constance est telle qu'il nous paraît même plus raisonnable d'attribuer les variations trop importantes à des imprécisions de nos données, plutôt qu'à des différences réelles du taux d'hospitalisation.

En effet, dans tous ces cas aberrants, sauf 2, nous retrouvons dans nos données des facteurs d'imprécisions ou d'erreur parfois, déjà connus.

1. Cas où l'échantillon de malades est trop faible : 1er, 2e, 6e, 10e, 16e arrondissements, voir note * du tableau V, où nous avons fait le calcul du taux pour l'ensemble de ces arrondissements, obtenant un chiffre normal.
   Cas également de Boulogne et Montreuil. Nous savons par ailleurs l'imprécision du chiffre de population de Boulogne.
2. Cas ou K est grand : La population de la commune considérée est mal explorée. Pour Nanterre et St-Denis nous obtenons malgré cela des chiffres compris dans les limites prévues.
   Pour Aubervilliers cette imprécision se superpose à une autre cause d'erreur.

---

[a] Notons, par exemple, que depuis 1953, les dispositions légales, permettent, par une liaison entre les systèmes de sécurité sociale métropolitain et algérien, de faire bénéficier les malades, même en cas de séjour hors du territoire métropolitain, des prestations de longue maladie, plus avantageuses que les prestations d'invalidité attribuées auparavant.

[b] Cf. *supra*. Chapitre I, p. 47 et colonne (4) du tableau VI.

[c] Cf. *supra*. p. 184.

[d] Cf. *supra*. Chapitre I, Tableau VI, colonne (7).

TABLEAU V — Taux d'hospitalisation pour tuberculose selon les arrondissements de Paris et diverses communes de la Seine

	Nombre des Cas Enquête (I)	Nombre de Cas par an 44 Hopitaux Xq = 5,4	K	Nombre de Cas par an (Hopitaux de la Seine) x K	Population nord africaine	Taux d'Hospitalisation pour tuberculose ‰
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
S. D. F	20	108	1	108	3144	34,2
Paris						
1°	(3)*	16	1,1	18	483	(37,5)
2°	(2)	11	1,1	12	966	(12,6)
3°	7	38	1,1	42	1518	27,6
4°	7	38	1,1	42	1587	26,4
5°	15	81	1,1	89	3151	28,2
6°	(3)	16	1,3	20	414	(48,7)
7°	(2)	11	1	11	252	(44,0)
8°	–	–	2	–	138	–
9°	–	–	1,1	–	391	–
10°	(2)	11	1,2	13	1219	(11,4)
11°	17	92	1,1	101	3611	28,0
12°	14	76	1,1	83	3497	23,7
13°	22	119	1,1	131	4393	29,8
14°	6	32	1	32	1679	18,8
15°	15	81	1,8	146	5750	25,3
16°	(1)	5	2	10	368	(27,0)
17°	11	59	1,2	71	(1369)	(52,9)
18°	25	135	1,3	175	7383	23,7
19°	13	70	2,2	154	(4784)	(32,2)
20°	29	157	1,2	188	(4692)	(40,0)
TOTAL	214	1156	/	1446	50.789	28,4

* Taux moyen pour 1°, 2°, 6°, 7°, 10°, 16° additionnés : 23,6°/00

TABLEAU V (suite)

	Nombre de Cas Enquête (I)	Nombre de cas par an (1e Hopitaux) Xq = 5,4	K	Nombre de Cas par an (Hopitaux de la Seine) x K	Population Nord africaine	Taux d'hospitalisation pour Tuberculose ‰
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
COMMUNES						
Alfortville	3	16	1,3	21	920	22,8
Aubervilliers	11	59	(2,4)	142	(3036)	(47,3)
Boulogne	(2)	11	1,2	13	(1081)	(12,0)
Choisy-le-Roi	4	22	1,1	24	1104	21,8
Clichy	15	81	1,4	113	3189	35,3
Gennevilliers	16	86	1,1	95	3358	28,3
Levallois	5	27	1,1	30	1265	23,8
Montreuil	(2)	11	1,3	14	1012	(13,8)
Nanterre	7	38	(2,8)	106	3565	29,7
St Denis	4	22	(7,2)	158	4876	32,4
St Ouen	8	43	1,2	51	1265	40,4
Vitry	5	27	1	27	1012	26,7
Total	82	443		794	25.683	32,9
Total				2.240	76.472	29,2

3. Population de la commune mal connue [a].
Lors de nos estimations de la population des communes ou arrondissements, nous avons observé certaines discordances entre nos résultats et les données du Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre.
Dans certains des cas où existait cette discordance, notre calcul du taux d'hospitalisation pour tuberculose nous donne des chiffres normaux. Nous tendons à penser que nos chiffres sont valables.
Dans d'autres cas, au contraire, nous observons les taux les plus aberrants :
Cas d'Aubervilliers, de Boulogne, du 17e arrondissement et, à un moindre degré, des 19e et 20e arrondissements. Nous pensons que dans ces cas nos chiffres de population doivent être considérés avec réserve.

Les données imprécises ainsi que les taux douteux qui en résultent ont été mis entre parenthèses.

La précision de nos données n'est pas suffisante pour nous permettre de discuter du sens des différences observées selon les communes ou arrondissements. Nous les confronterons avec les résultats fournis par nos études suivantes sur les taux de morbidité tuberculeuse. Il semble que les taux d'hospitalisation élevés observés dans les 19e et 20e, à Aubervilliers et St-Denis correspondent à une morbidité réellement plus élevée. De même semble-t-elle plus basse dans le 13e ou le 18e.

2. — Données fournies par le fichier du Bureau de Coordination Médico-Sociale de l'Office de l'Algérie.

Sachant les difficultés que nous aurions à apprécier la morbidité tuberculeuse du Nord-Africain de la Seine d'après les seules données hospitalières, nous avons recherché d'autres sources de renseignements. Nous avons dépouillé le fichier actuellement tenu à jour à l'Office de l'Algérie et concernant les Nord-Africains tuberculeux soignés en France [b].

Ce fichier contient une fiche nominative sur chaque Nord-Africain tuberculeux soigné dans les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums de France.

La fiche est établie dès que le malade est signalé par un établissement de soins. En principe elle porte le nom, prénom, âge, lieu de naissance, domicile, profession, adresse de l'employeur, numéro de sécurité sociale. En pratique, tous ces renseignements ne sont pas toujours fournis par l'établissement signalant le malade. Sur cette fiche seront indiqués les dates d'entrée, date de sortie, date de transfert et établissement de soins. Tout séjour ultérieur sera reporté par la suite ainsi que le rapatriement en Afrique du Nord, s'il y a lieu.

Ces fiches ne concernent pas exclusivement des Musulmans mais aussi certains cas d'Européens originaires d'Afrique du Nord. Leur proportion est toujours négligeable.

Les fiches sont établies d'après les renseignements fournis par les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums, selon des instructions fixées par le Ministère de la Santé. Tous les Nord-Africains tuberculeux traités dans l'établissement doivent être régulièrement signalés.

Le fichier a été organisé en 1951 et 1952 et les données concernant cette période d'organisation ne sont que partielles. A dater de 1953, nous pouvons attribuer une bonne valeur aux renseignements qu'il contient.

Il est certain cependant que tous les établissements ne signalent pas les malades nord-africains tuberculeux, ou ne les signalent pas tous.

---

[a] Cf. *supra*. Chapitre I, pp. 49 et 50.

[b] Nous remercions Mme Milliot, Chef du Service de Coordination Médico Sociale qui nous a donné toutes facilités pour dépouiller le fichier qu'elle a organisé, et dont sa persévérance et sa méthode a fait une source de renseignements de grande valeur.

Le total des malades traités dans les hôpitaux, signalés à l'O. A. [a] est nettement plus faible que celui que nous constatons dans nos études précédentes. De même le sanatorium de Brévannes, qui fournit des renseignements très complets, indique le plus souvent, pour tout malade entrant, un séjour antérieur à l'hôpital, qui n'a pas été signalé par celui-ci.

Les préventoriums n'ont commencé à signaler leurs malades qu'à la fin de 1953 et ne donnent encore que des renseignements très incomplets.

Les renseignements fournis par les sanatoriums semblent beaucoup plus complets.

Sur ces fiches, nous avons relevé 4 renseignements :

— Établissement de soins : Sanatorium
Préventorium
Hôpital de l'A. P. de la Seine ou de Province.
— Dates d'entrée et sortie, d'où :
— Durée de séjour.
— Statut de frais de séjour.

La précision des 3 premiers renseignements est absolue.

Le 4e nous intéressait pour connaître la proportion d'assurés sociaux. Le numéro de sécurité sociale de chaque malade est porté sur la fiche. Lorsqu'il est indiqué, nous avons la certitude que le malade est assuré social. Lorsqu'il n'est pas indiqué, dans certains cas le malade n'est pas assuré (le fait est parfois indiqué : « non assuré » ou « A. M. G. »), dans d'autres cas les renseignements fournis par l'établissement de soins étaient incomplets : cas général des préventoriums et de certains sanatoriums. Les pourcentages d'assurés sociaux que nous constaterons seront donc des minimums.

La validité des chiffres de malades traités signalés au fichier par rapport aux nombres réels prête beaucoup plus à critique. Deux causes d'erreurs sont à redouter :

1 — L'établissement n'a pas signalé le malade. Nous savons que le cas est fréquent. Les chiffres en seront minimisés, surtout en 1953, année proche de l'organisation du fichier.

2 — Un nouveau séjour d'un malade ancien a donné lieu à l'établissement d'une nouvelle fiche. Par exemple, si son nom a été mal orthographié et si les renseignements d'état civil permettant un recoupement n'ont pas été fournis. Les chiffres en seront majorés. Ces cas doivent cependant être moins fréquents que les précédents.

Nous avons relevé tous les cas signalés de Nord-Africains tuberculeux, domiciliés dans la Seine, traités au cours des années 1953, 1954, 1955 et des 3 premiers mois de 1956 dans les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums de France.

Pour permettre une étude comparative avec les renseignements utilisés dans la 3e partie de ce chapitre, nous avons également relevé les malades domiciliés en Seine-et-Oise et Seine-et-Marne traités en 1954.

Les malades domiciliés en Province traités dans les hôpitaux de la Seine ont été également relevés à titre indicatif. Ces cas sont extrêmement rares. Les cas des malades domiciliés dans la Seine et traités dans des hôpitaux de Province sont également très rares. Ces faits confirment la stabilité géographique du Nord-Africain en France que nous avions déjà observée [b].

Sont exclus les Nord-Africains domiciliés en Afrique du Nord et envoyés en France pour traitement. Ces cas sont nombreux.

Au total, 5.660 cas ont été relevés.

En fonction des réserves exprimées ci-dessus, nous n'avons pas considéré comme suffisamment précis les chiffres de malades respectivement traités dans les hôpitaux ou les sanatoriums. Par contre, nous pensons que le nombre total de malades traités n'est pas affecté de trop

---

[a] O. A. : *Office de l'Algérie.*
[b] Cf. Chapitre 1, pp. 68 et suivantes.

grosses causes d'erreur. En effet, la grande majorité des malades a été traitée successivement dans plusieurs établissements de soins. Il y a toute chance pour que le Nord-Africain ait été signalé, à un moment ou à un autre, par l'un de ces établissements.

Voici le nombre des Nord-Africains domiciliés dans la Seine traités pour tuberculose au cours des années étudiées :

1953	1954	1955
1.763	2.203	2.842

En fonction de nos estimations de population nord-africaine de la Seine, nous pouvons estimer le nombre de tuberculeux traités, par an, pour 1.000 habitants :

	1953	1954	1955
Estimation forte (a') [a]	22,0 °/oo	25,9 °/oo	26,8 °/oo
Estimation faible (b')	32,0 °/oo	36,7 °/oo	37,8 °/oo

Nous savons que les chiffres de tuberculeux signalés en 1953 risquent d'être minimisés par rapport à ceux de 1954 et 1955.

Nous avons recherché le rapport existant entre ces chiffres et ceux obtenus au début de ce chapitre, concernant le taux d'hospitalisation pour tuberculose. Nous avons indiqué l'incertitude que nous redoutions sur les chiffres respectifs de malades hospitalisés et traités en sanatorium. Nous avons préféré utiliser les données fournies par l'étude d'un échantillon restreint sur lequel nous possédons de bons renseignements : malades traités au Sanatorium de Brévannes. Les renseignements fournis par ce sanatorium à l'Office de l'Algérie sont parmi les plus précis et les plus réguliers.

En particulier est indiqué si les malades ont fait antérieurement à leur arrivée au sanatorium, un séjour à l'hôpital, dans quel hôpital, durant combien de temps (les dates d'entrée et de sortie dans cet hôpital étant précisées). Sur 234 malades nord-africains sortis du sanatorium en 1955, 190, soit 81,1 %, avaient fait un séjour antérieur à l'hôpital.

Sur 374 malades sortis en 1956 ou encore en traitement, 313, soit 83,6 %.

Si nous admettons que 81 à 84 % des malades traités pour tuberculose ont fait un séjour à l'hôpital, et selon nos deux estimations de population, voici les taux d'hospitalisation pour tuberculose que nous obtiendrons :

1953	1954	1955
17,8 à 26,9 °/oo	21 à 30,8 °/oo	20,9 à 31,7 °/oo

[a] Estimations corrigées. Cf. *supra* Chapitre I, p. 36

Ils sont en très bonne concordance pour les 2 dernières années avec ceux obtenus grâce à notre enquête (I) qui sont :

1953	1954	1955
32,2 à 46,8 °/oo	21,9 à 31,0 °/oo	23,4 à 34,3 °/oo

Le taux plus faible en 1953 qu'au cours des 2 années suivantes, selon le fichier de l'Office de l'Algérie, alors que, selon notre enquête (I) il est plus fort en 1953 qu'au cours des 2 années suivantes, confirme que les chiffres de morbidité appréciés selon les données de l'Office de l'Algérie sont minimisés pour 1953.

Cette bonne concordance de chiffres obtenus à partir de sources et selon des méthodes très différentes nous permet de penser que leur valeur est bonne.

Si nous recherchons maintenant, non le nombre des malades traités, mais le nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés, nous obtenons les chiffres suivants :

1953	1954	1955	1956 (3 premiers mois)
1.014	1.399	1.660	361

Si nous appelons taux de morbidité tuberculeuse le nombre de nouveaux cas apparus dans une année, pour 1.000 habitants, nous observerons, selon nos deux estimations de la population nord-africaine de la Seine, les taux suivants :

	1953	1954	1955	1956
(a)	12,6 °/oo	16,4 °/oo	15,0 °/oo	13,1 °/oo
(b)	18,4 °/oo	23,3 /oo	22,1 °/oo	16,9 °/oo

Nous devons tenir compte du fait que les chiffres de 1953 sont minimisés ; et du fait que le taux de 1956 n'est valable que pour le 1er trimestre, qui est pour les années précédentes constamment inférieur à la moyenne de l'année (pour le 1er trimestre : en 1953 : 11,4 à 16,6 ‰ ; en 1954 : 13,3 à 18,8 °/oo ; en 1955 : 14,8 à 21,7 °/oo).

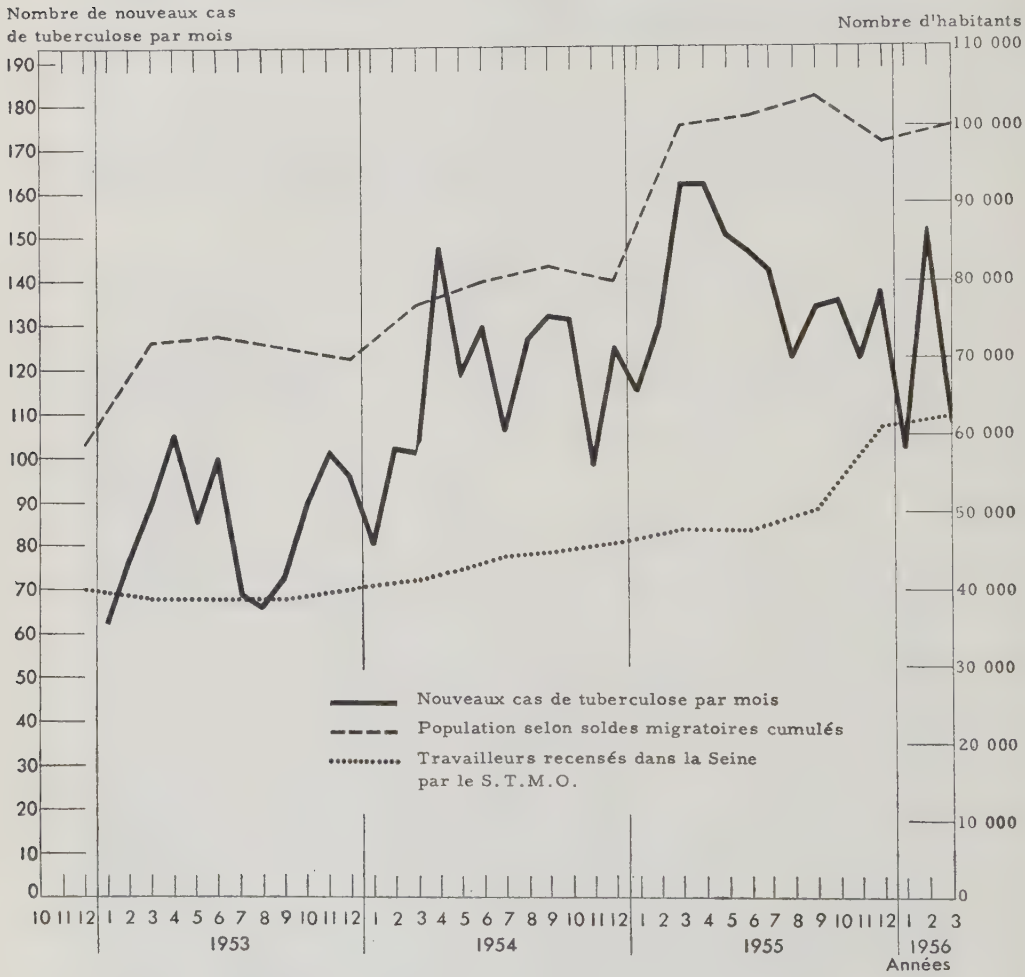
La morbidité tuberculeuse semble donc constante au cours de ces quatre dernières années, et les taux ainsi observés sont élevés.

Nous avons indiqué au début de ce chapitre que le taux d'hospitalisation pour tuberculose chez les Nord-Africains était en régression depuis 1949. Nous nous étions demandé si la baisse de la morbidité était une des causes de ce prénomène. Il ne semble pas en être ainsi, d'après les chiffres que nous obtenons ici.

Remarquons d'ailleurs que le même fait s'observe dans la population métropolitaine. Voici le nombre des nouveaux cas de tuberculose pris en charge par la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de Paris, au cours des mêmes années :

1952	1953	1954	1955 (1er semestre)
20.169	19.671	20.309	(10.462)

Graphique VI — Nombre de nouveaux cas de tuberculose par mois



La morbidité tuberculeuse demeure également constante.

Il est possible, cependant, que les dépistages systématiques de plus en plus généralisés, conduisent à la découverte de cas autrefois passés inaperçus, gonflant ainsi les chiffres de morbidité.

Ces méthodes en tout cas permettent de découvrir une proportion de plus en plus grande de cas précoces et moins graves, ne nécessitant que des séjours sanatoriaux moins prolongés, et des hospitalisations moins fréquentes.

Le tableau VI indique le nombre de nouveaux cas de Nord-Africains tuberculeux, domiciliés dans la Seine, signalés par mois.

Le graphique VI donne la courbe des nouveaux cas mensuels (échelle de gauche). Nous la comparons, d'une part à la courbe de population de la Seine, établie en fonction des soldes migratoires bruts cumu-

TABLEAU VI — Nombre de nouveaux cas de tuberculose apparus par mois chez des Nord-Africains domiciliés dans la Seine et signalés par les Hôpitaux, Sanatoriums et Préventoriums de France

TABLEAU : Nouveaux cas de Tuberculose signalés par :		Nord Africains domiciliés dans la Seine				En S et O et S et M
		Hopitaux	Sanatoriums	Préventoriums	Total	
1953	1	52	10	1	63	
	2	44	32	–	76	
	3	49	41	–	90	
	4	74	31	–	105	
	5	55	29	1	85	
	6	69	31	–	100	
	7	43	24	1	68	
	8	35	30	1	66	
	9	38	32	2	72	
	10	48	39	4	91	
	11	54	44	3	101	
	12	46	44	7	97	
	Total :	607	387	20	1014	
1954	1	53	24	3	80	5
	2	57	42	3	102	6
	3	56	35	10	101	4
	4	91	50	7	148	5
	5	80	34	5	119	10
	6	79	42	9	130	11
	7	64	37	5	106	7
	8	75	46	6	127	10
	9	71	50	10	131	8
	10	56	63	12	131	10
	11	47	48	3	98	4
	12	68	48	10	126	7
	Total	797	519	83	1399	87
1955	1	88	19	8	115	
	2	86	36	8	130	
	3	99	51	12	162	
	4	89	56	17	162	
	5	75	65	11	151	
	6	66	57	24	147	
	7	69	62	11	142	
	8	55	51	16	122	
	9	68	62	4	134	
	10	67	60	8	135	
	11	70	43	9	122	
	12	85	48	5	138	
	Total	917	610	133	1660	
1956	1	83	19	0	102	
	2	95	42	14	151	
	3	62	37	9	108	
	Total	240	98	23	361	

lés [a] ; d'autre part, à la courbe du nombre des travailleurs nord-africains [b] recensés dans la Seine par le Service du Travail et de la Main-d'Œuvre. Le parallélisme de ces courbes montre bien la constance de la morbidité tuberculeuse.

3. — Données fournies par l'enquête menée par le Service de la Statistique Médicale de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Paris.

Nous avons cherché à confirmer les données que nous avions obtenues sur la morbidité tuberculeuse chez les Nord-Africains, par des renseignements puisés à des sources toutes différentes.

L'enquête qu'effectue actuellement le Service de la Statistique Médicale de la Caisse Régionale de Paris [c], étudie la tuberculose dans la population assurée sociale.

Elle porte sur l'année 1954 tout entière. Elle concerne les assurés sociaux et leurs ayants droit (Régime général et Régimes rattachés), relevant de la Caisse Primaire Centrale de Paris, c'est-à-dire domiciliés dans la Seine, la Seine-et-Oise, et quelques communes de Seine-et-Marne. Elle englobe la totalité des malades tuberculeux de toutes formes, admis en longue maladie, et dont le début effectif de la maladie se situe au cours de l'année. Nous comparerons donc des chiffres de cas de tuberculose de toutes formes. Ces formes ne se répartissent pas nécessairement de la même façon chez le Métropolitain et le Nord-Africain. Il y a en particulier, chez le Métropolitain de nombreux cas de primo-infection. Ces cas sont sans doute moins fréquents chez le Nord-Africain dont la tuberculisation se fait plus souvent en Afrique du Nord et chez qui on rencontre surtout des formes secondaires et tertiaires. Par ailleurs, ces données ne fournissent aucune indication sur la répartition des cas selon leur gravité, dans les deux populations.

L'exploitation de cette enquête est en cours. Seuls sont actuellement connus les chiffres globaux. L'enquête porte sur 17.262 cas.

Nous avons effectué un dépouillement des fiches d'enquête, pour obtenir un dénombrement des cas de tuberculose apparus chez des Nord-Africains assurés sociaux. Nous n'avons relevé que 2 renseignements concernant chaque cas : le sexe, la Caisse locale dont dépendait le malade.

Les cas ont été relevés d'après les noms et prénoms, sans difficulté notable, même pour les enfants, car les noms des pères et mères étaient également indiqués. Ils concernent donc exclusivement les malades d'origine nord-africaine, musulmans.

Le tableau VII indique les nombres de nouveaux cas de tuberculose de toutes formes apparus chez des assurés sociaux. D'une part, Nord-Africains, hommes et femmes de tous âges, d'autre part nombre total, Métropolitains et Nord-Africains.

---

[a] Identique à la courbe du graphique I, Chapitre I, p. 27.

[b] *Ibid.*

[c] Nous remercions le Docteur Norbert Marx, Médecin-Chef du Service de la Statistique Médicale de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Paris, qui nous a donné la possibilité de dépouiller les fiches établies en vue d'une vaste enquête qu'il mène actuellement sur la tuberculose chez les assurés sociaux de la région parisienne, et nous a communiqué les résultats globaux déjà connus, concernant la population métropolitaine. Nous remercions également le Docteur Komarover, Médecin Conseil Phtisiologue de la Sécurité Sociale des renseignements et conseils qu'il nous a donnés. Les indications approchées que nous avons tirées de ces chiffres ne préjugent en rien des résultats que fournira l'exploitation complète et précise de cette enquête.

TABLEAU VII — Nouveaux cas de tuberculose apparus chez les assurés sociaux de la Caisse Primaire Centrale de Paris en 1954

	Nord Africains			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Caisses Locales						
1	67	3	70	578	409	987
2	63	9	72	553	438	991
3	85	11	96	679	532	1211
4	117	12	129	757	425	1182
5	79	6	85	573	403	976
6	74	3	77	491	420	911
7	70	4	74	687	465	1152
8	27	7	34	634	476	1110
9	78	14	92	609	452	1061
10	63	3	66	456	403	859
11	114	15	129	603	372	975
12	114	2	116	495	279	774
13	22	9	31	352	272	624
14	42	1	43	607	425	1032
15	8	1	9	259	172	431
16	20	—	20	293	221	514
17	26	5	31	384	302	686
18	10	2	12	191	184	375
Ministères	24	3	27	853	558	1411
Total	1103	110	1213	10.054	7.208	17.262

Les nombres de cas sont indiqués par caisse locale [a]. Parmi les cas de malades nord-africains de sexe féminin, il y a 72 enfants contre 38 adultes.

Ces chiffres sont à comparer avec ceux que nous a fournis le fichier de l'Office de l'Algérie.

Nous avions dénombré [b] 1.399 nouveaux cas de tuberculose parmi les Nord-Africains de la Seine en 1954. Par ailleurs nous indiquons pour cette année le nombre de nouveaux cas relevés en Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, soit 87. Au total 1.486.

Le nombre de malades domiciliés en Seine-et-Marne est très faible, et le fait de compter la totalité des malades de Seine-et-Marne, alors que quelques communes seulement de ce département sont du ressort de la Caisse Primaire Centrale de Paris, n'altère pas beaucoup la valeur de la comparaison.

Nous avons calculé le pourcentage de malades signalés à l'Office de l'Algérie assurés sociaux. Ce calcul ne porte que sur 4.344 malades. Nous avons, en effet, exclu les malades sortis d'établissements de soins au cours de 1953 et les malades signalés par les préventoriums et établissements de postcure. Pour tous ces malades en effet les renseignements sur le statut de frais de séjour ne sont le plus souvent pas fournis. Sur 4.344 malades, 3.638 sont assurés sociaux, soit 83,7 %. Nous savons que ce taux est minimum, puisque seuls sont considérés comme assurés sociaux ceux dont le numéro matricule a été indiqué. Une étude restreinte portant sur 234 malades sortis du sanatorium de Brévannes en 1955 montre que 200, soit 85,4 %, sont assurés sociaux. Notre enquête hospitalière nous a montré que sur 2.640 malades, 2.404 étaient assurés sociaux, soit 90,6 %.

Nous pouvons donc admettre que la proportion d'assurés sociaux est de 83 à 90 %. Si le nombre des nouveaux tuberculeux assurés sociaux est de 1.213, nous pouvons estimer que le nombre total des nouveaux cas, dans la zone ressortissant de la Caisse Primaire Centrale de Paris, est compris entre 1.347 et 1.461.

Les chiffres résultant de l'enquête de la Sécurité Sociale sont donc très proches de ceux que l'on peut tirer des documents de l'Office de l'Algérie. Les taux de morbidité calculés sur les données de la Sécurité Sociale, s'échelonnent, selon le chiffre retenu et l'estimation forte ou faible de population en 1954, de 15,8 ‰ à 20,8 ‰. Les taux calculés d'après les données de l'Office de l'Algérie pour 1954 [c] allaient de 16,4 ‰ à 23,3 ‰.

De cette excellente corrélation, nous pouvons conclure, sans gros risque d'erreur, que le nombre des nouveaux cas de tuberculose, toutes formes, chez les Nord-Africains domiciliés dans la Seine en 1954, est compris entre 1.300 et 1.400. Nous pourrons, par ailleurs, accorder une bonne validité aux chiffres tirés des documents de l'Office de l'Algérie, concernant 1954 et 1955.

Sur ces premiers résultats globaux de l'enquête de la Sécurité Sociale, nous pouvons faire une étude comparative d'ensemble de la morbidité tuberculeuse chez les Nord-Africains, et les Métropolitains de la Seine.

Pour faire cette comparaison, nous devons prendre deux précautions.

---

[a] Cf. Carte indiquant les zones du ressort de chaque Caisse locale, p. 203.
[b] Cf. tableau VI, p. 195.
[c] Cf. *supra*, p. 193.

La comparaison ne sera faite qu'entre les deux populations masculines.

La morbidité tuberculeuse est différente chez l'homme et chez la femme, plus forte chez l'homme. Dans l'enquête de la S. S. par exemple on constate 7.098 cas chez les femmes métropolitaines contre 8.951 chez les hommes, soit 43 % contre 57 %. Encore cette différence est-elle moins sensible que ne l'indiquent certaines études [1]. Les dispensaires anti-tuberculeux de France signalent en 1954, 20.962 nouveaux cas de tuberculose chez la femme, contre 33.904 chez l'homme, soit 38 % contre 62 %.

Remarquons qu'il était particulièrement utile, dans l'enquête de la Sécurité Sociale, de séparer les Nord-Africains. L'existence de l'importante population tuberculeuse nord-africaine presque exclusivement masculine (1.103 hommes contre 110 femmes) eût faussé toute étude correcte de la morbidité selon le sexe.

Par ailleurs, notre population féminine nord-africaine est trop réduite et trop mal connue pour que nous puissions étudier sa morbidité.

Nous devons tenir compte de la différence de répartition par tranches d'âge des populations nord-africaines et métropolitaines.

En effet, la morbidité tuberculeuse n'est pas identique dans les différentes tranches d'âge et dans la comparaison de 2 populations, la répartition différente par tranches d'âge suffirait pour faire apparaître des morbidités tuberculeuses différentes.

Nous avons donc cherché à déterminer quelle serait la morbidité tuberculeuse d'une population métropolitaine de même répartition d'âge que la population nord-africaine de la Seine, par rapport à la morbidité d'ensemble.

Nous nous sommes fondés sur les données fournies par les statistiques de l'Institut National d'Hygiène sur le fonctionnement des dispensaires antituberculeux en 1954 [2].

Ainsi que nous l'avons indiqué, nous étudions la morbidité masculine seule.

Nous utilisons comme élément indicatif de la morbidité tuberculeuse métropolitaine, les taux de cas nouveaux déclarés par les dispensaires A. T. Nous ferons ce calcul pour le total des formes pulmonaires et pleuro-pulmonaires qui constituent l'énorme majorité de la pathologie tuberculeuse.

Nous connaissons le taux des cas nouveaux signalés par les dispensaires A. T. pour chaque tranche d'âge de 10 ans [3].

Nous savons que la pyramide des âges donnée par le recensement de 1954 de l'I. N. S. E. E. pour la population nord-africaine en France, est valable pour la Seine [a].

Nous calculerons le nombre de cas qui auraient été observés pour un pourcentage d'individus dans chaque tranche d'âge identique à celui observé dans la population nord-africaine. Le total de ces cas, concernant un total de tranches d'âge égal à 100 ou 100.000 individus, sera le taux pour 100 ou pour 100.000 de nouveaux cas de tuberculose pleuro-pulmonaire, qui serait observé chez une population métropolitaine de même répartition d'âges que la population nord-africaine. Le taux ainsi obtenu est de 184,84 cas pour 100.000. Or le taux des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire déclaré par les dispensaires A. T. pour la population masculine française totale est de 106 pour 100.000 ; le taux des nouveaux cas de tuberculose pleurale : 7,4 pour 100.000 [4].

Soit au total 113,4 pour 100.000. Le rapport des 2 taux est donc $\frac{184,8}{113,4} = 1,62$.

---

1 — **19** — A. Lotte et A. Rouillon. *Rapport sur le fonctionnement des Dispensaires Anti-Tuberculeux en 1954.*

2 — **19** — *Ibid.*

3 — **19** — *Ibid.* Fig. 15, p. 298.

a Cf. *supra.* Chapitre I, Tableau. IV

4 — **19** — A. Lotte et A. Rouillon, *op. cit.*, pp. 297 et 299.

La tuberculose pleuro-pulmonaire, d'après les données utilisées, est 1,62 fois plus fréquente dans la population métropolitaine de même âge que la population nord-africaine, que dans la population totale. Nous tiendrons compte de ce facteur de correction chaque fois que nous comparerons la morbidité métropolitaine à la morbidité nord-africaine.

Pour calculer la morbidité tuberculeuse de la population étudiée par l'enquête de la Sécurité Sociale, nous devons rechercher une estimation de la population assurée sociale.

Le nombre des assurés sociaux est très mal connu. Nous nous sommes référés aux estimations faites par la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (F. N. O. S. S.) [1]. De l'avis même des spécialistes de la F. N. O. S. S., ces estimations sont très approchées.

L'estimation du nombre de cotisants dans la région relevant de la Caisse Primaire Centrale de Paris est de 2.429.000 [2]. Ce chiffre est très proche du nombre des électeurs inscrits au scrutin 1955 pour les élections des Conseils d'Administration des Caisses de S. S. : 2.508.000.

L'estimation du nombre des ayants droit à partir de cette donnée est plus imprécise encore. Nous l'avons faite en fonction de la répartition des prestations en nature de l'assurance maladie par catégories de bénéficiaires [3]. Nous avons admis que la moyenne des prestations payées était identique dans les différentes catégories de bénéficiaires (assurés, conjoints, enfants), et que le total des prestations par catégories était proportionnel à la population de chaque catégorie. Dans cette hypothèse le rapport des prestations payées pour $\frac{\text{assurés} + \text{conjoints} + \text{enfants}}{\text{assurés}}$ donne le rapport des $\frac{\text{ayants droit.}}{\text{assurés}}$ Il est égal à 1,60 pour la Caisse de Paris. Nous estimerons donc le nombre des ayants droit à 2.500.000 × 1,60 = 4.000.000. Si nous ajoutons diverses catégories telles que pensionnés vieillesse et pensionnés d'invalidité, qui ne sont pas cotisants, nous arrivons au total de 4.670.000 bénéficiaires de la Sécurité Sociale.

Il nous est difficile d'apprécier la validité de ce chiffre. La population totale de Seine et Seine-et-Oise (en négligeant les communes de Seine-et-Marne comprises dans le ressort de la Caisse Primaire Centrale de Paris) est selon le recensement de 1954 de 5.154.000 + 1.708.000 = 6.862.000. La proportion des assurés sociaux serait, en fonction de ces chiffres, de 68 %. L'échantillon de population non musulmane fourni par notre enquête (I) montre sur 692 malades hospitalisés 75,2 % d'Assurés Sociaux. Au contraire, sur un échantillon de 1.768 malades hospitalisés dans un service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu, nous trouvons 53,3 % d'Assurés Sociaux. A défaut d'autres précisions, nous considérerons la proportion de 68 % comme valeur moyenne.

En fonction de ces données, nous pouvons faire une estimation de la morbidité tuberculeuse de la population masculine de la région parisienne (Nord-Africains exclus) en 1954.

Le nombre de nouveaux cas est de 10.054 — 1.103 Nord-Africains = 8.951. Nous admettons la population masculine égale à la moitié de la population assurée sociale totale soit: 2.335.000. Nous soustrayons de ce chiffre 65.000 Nord-Africains assurés sociaux présents en 1954. Le taux de morbidité tuberculeuse toutes formes sera pour 1.000 habitants : $\frac{8.951 \times 1.000}{2.270.000} = 3{,}94$ ‰.

---

1 — **11** — F.N.O.S.S., *Revue de la Sécurité Sociale*. N° 52. Décembre 1954.
2 — **11** — *Ibid.* Tableau N° 5, p. 20.
3 — **11** — *Ibid.* Tableau N° 7, p. 26.

Le taux de morbidité tuberculeuse pour l'ensemble de la population masculine assurée sociale de la région parisienne est de 3,94 °/oo. Le taux pour la fraction de population de même âge que la population nord-africaine est de 3,94 × 1,62 = 6,38 °/oo. Nous avons vu que la morbidité nord-africaine calculée sur les données de l'enquête de la Sécurité Sociale était comprise entre 15,8 et 20,8 °/oo, en moyenne 18,3 °/oo. La morbidité tuberculeuse du Nord-Africain dans la Seine apparaîtrait donc comme 2,7 fois plus forte en moyenne que celle de l'ensemble de la population masculine métropolitaine.

Pour apprécier dans quelle mesure cette morbidité pouvait être variable, nous l'avons calculée pour chaque Caisse locale.

Le tableau VIII indique les chiffres sur lesquels sont fondés ces calculs, et les taux observés.

La colonne (1) indique le nombre de nouveaux cas de tuberculose toutes formes relevé en 1954 par l'enquête de la Sécurité Sociale, dans la population assurée sociale masculine métropolitaine (les Nord-Africains sont déduits).

La colonne (2) donne l'estimation des ayants droit de sexe masculin, métropolitains, dans la zone de chaque Caisse locale.

La population totale de la zone a été obtenue par totalisation des populations des communes ou arrondissements, telles qu'elles sont indiquées par le recensement de 1954.

La population nord-africaine telle qu'elle est estimée dans notre chapitre I [a], avec la correction nécessaire pour obtenir des chiffres correspondant à 1954, a été soustraite. Nous avons pris 68 % du chiffre obtenu comme estimation du nombre des ayants droit bénéficiaires de la Sécurité Sociale.

Enfin nous avons divisé ce chiffre de population par 2 pour obtenir la population masculine.

Les chiffres ont été arrondis, toute précision supérieure étant sans signification.

La colonne (3) indique le taux de morbidité tuberculeuse calculé sur ces données, pour l'ensemble de la population masculine métropolitaine.

La colonne (4) donne le taux de morbidité de la population métropolitaine de même âge que la population nord-africaine, par application du coefficient 1,62.

La colonne (5) donne le taux de morbidité de la population nord-africaine masculine. Nous plaçons cette colonne à côté de la colonne (4) pour faciliter la comparaison.

La colonne (6) indique la population nord-africaine de la zone de chaque Caisse Locale. Nous avons totalisé les populations des communes et arrondissements compris dans cette zone. Nous avons pris comme chiffres de départ ceux indiqués dans notre chapitre I [b] concernant la population en 1956. Nous les avons affectés d'un coefficient 0,8 pour obtenir la population en 1954. C'est le rapport entre nos estimations de populations totales de la Seine en 1954 et 1956. Puis d'un coefficient 0,9 pour obtenir la population assurée sociale. Notre enquête (I) nous a en effet montré une population de 90 % d'assurés sociaux parmi les malades nord-africains [c].

La colonne (7) donne le nombre de nouveaux malades tuberculeux nord-africains de sexe masculin relevé dans l'enquête de la Sécurité Sociale pour chaque Caisse locale.

Nous ne donnons de chiffres que pour 12 Caisses locales ; les 6 autres étant situées ou s'étendant considérablement en Seine-et-Oise.

---

[a] Cf. *supra*. Chapitre I. Tableau VI, colonne (7).
[b] Cf. *supra*. Chapitre I, Tableau VI, colonne (7).
[c] Cf. *supra*. Chapitre II, p. 110.

TABLEAU VIII — Taux de morbidité tuberculeuse chez les assurés sociaux métropolitains et nord-africains

	Métropolitains (Hommes)				Nord Africains (Hommes)		
	Cas de Tuberculose Enquête S.S (1)	Population assurée Sociale (2)	Taux moyen (3)	Taux dans la population de même age que les N.A (4)	Taux (5)	Population assurée sociale 1954 (6)	Cas de tuberculose Enquête SS. (7)
CAISSES LOCALES							
1	511	115.000	4.4	7.1	17.3	4156	72
2	490	144.000	3.4	5.5	15.1	4769	72
3	594	138.000	4.3	7.0	14.7	6508	96
4	640	117.000	5.4	8.7	19.2	6720	129
5	494	113.000	4.3	7.0	18.4	4603	85
6	417	119.000	3.5	5.7	15.4	5118	77
7	617	144.000	4.3	7.0	10.5	7022	74
8	607	165.000	3.7	6.0	14.3	2371	34
9	531	183.000	2.9	4.7	19.2	4769	92
10	393	139.000	2.8	4.5	(57.8)	(1142)	66
11	489	118.000	4.1	6.6	(24.4)	(5266)	129
12	381	63.000	6.0	9.7	19.0	6094	116
Total	6164	1.558.000	3,95	6,40	17,80	58.538	1042

La carte 1 montre les zones correspondant au ressort de chaque Caisse locale.

Nous ferons la critique de certains de ces chiffres avant de les analyser.

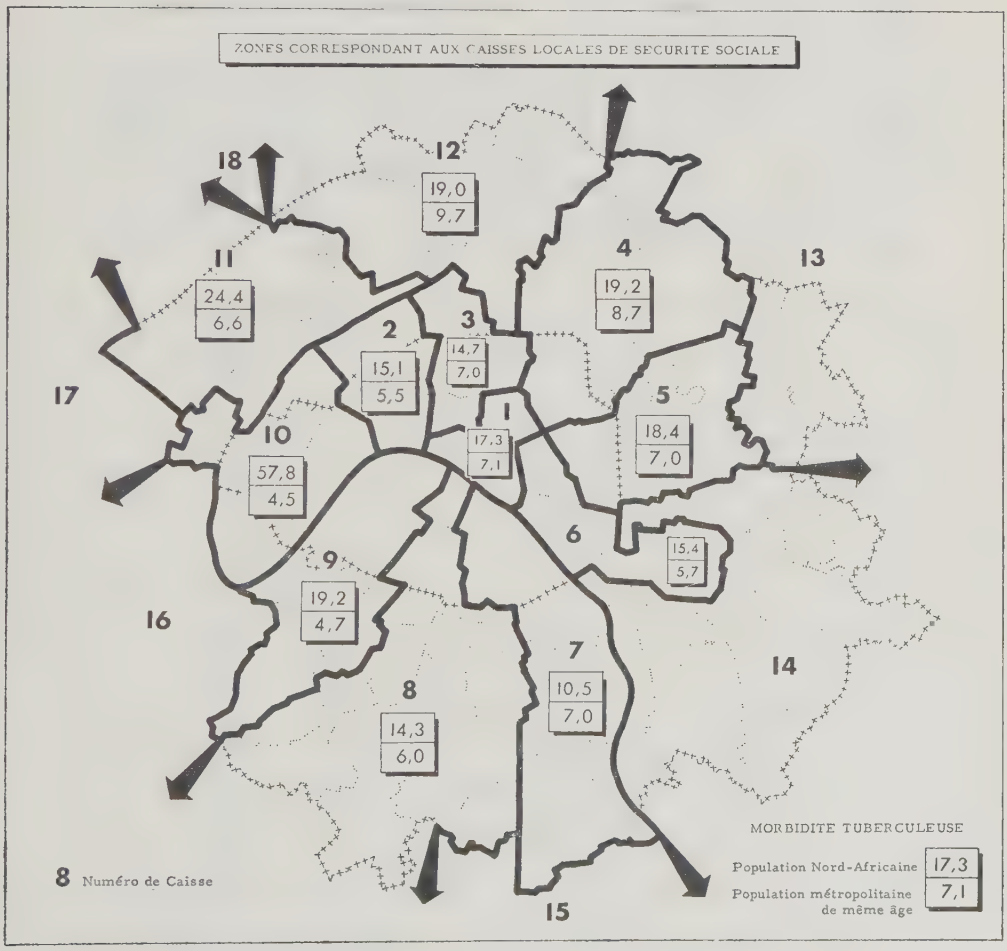
Le taux de morbidité de la population nord-africaine de la Caisse 10 est très aberrant. Cette population est essentiellement celle de Boulogne. Nous retrouvons une erreur sur la population de cette commune déjà signalée.

Nous avons donné les chiffres pour la Caisse 11, qui s'étend également en Seine-et-Oise. Les estimations de population sont faites seulement par totalisation des communes de ce secteur comprises dans la Seine. En fait, les communes de Bezons, Sartrouville, Houilles, Argenteuil, en Seine-et-Oise, doivent comporter un nombre appréciable de Nord-Africains, et le taux de morbidité doit être faussé.

Pour les secteurs des Caisses 8 et 12 s'étendant également en Seine-et-Oise, la zone située en Seine-et-Oise est peu peuplée par rapport à celle située dans la Seine et l'incidence de sa population peu sensible.

Les chiffres très critiquables sont placés entre parenthèses.

Carte 1



Ces chiffres montrent d'assez grandes variations du taux de morbidité selon la région de la Seine, aussi bien pour la population métropolitaine que pour la population nord-africaine. Certes, nous devons penser que la proportion de 68 % d'assurés sociaux n'est pas valable uniformément pour toute la Seine. Elle est probablement plus faible dans le secteur de la Caisse N° 10 (16e et Neuilly) et notre taux de morbidité doit être minimisé ; probablement plus forte, au contraire, dans le secteur de la Caisse 12 (banlieue nord). Mais cette proportion ne peut guère varier de plus de 20 %, alors que les taux de morbidité varient de plus du simple au double. Cette variabilité, observée à une première analyse très grossière, suggère qu'une analyse fine en fonction des quartiers habités, des conditions de logement ou de la situation socio-professionnelle montrerait de très grosses différences dans le taux de fréquence de la tuberculose.

Dans la population nord-africaine, le taux de morbidité varie aussi du simple au double. Le taux dans le secteur de la Caisse 7 (10,5 °/oo) n'est guère supérieur à celui constaté dans le secteur de la Caisse 12 pour la population métropolitaine (9,7 °/oo) ; mais dans cette même zone il s'élève jusqu'à 19 °/oo.

En présence de ces résultats, il apparaît possible que le taux de morbidité tuberculeuse des catégories sociales métropolitaines les moins favorisées, soit aussi élevé que celui de la population nord-africaine. Nous ne pouvons en tous cas conclure formellement à une sensibilité plus grande à la tuberculose de la population nord-africaine immigrée en France.

Recherchant une troisième vérification de nos chiffres, nous avons examiné s'il existait un rapport entre les taux d'hospitalisation, calculés

	Taux d'hospitalisation pour tuberculose	Taux de morbidité tuberculeuse
Caisses locales	Moyenne de la Seine (29,2)[a]	(17,8)
1	22,0	17,3
2	**(39,5)**	15,1
3	25,0	14,7
4	**32,5**	**19,2**
5	**34,6**	**18,4**
6	25,9	15,4
7	27,0	10,1
8	23,4	14,3
9	24,8	**19,2**
12	**31,0**	**19,0**

[a] Moyenne du tableau, p. V, p. 189.

d'après notre enquête hospitalière au début de ce chapitre, et les taux de morbidité tirés de l'enquête de la Sécurité Sociale.

Nous avons classé les taux d'hospitalisation et de morbidité en deux catégories selon qu'ils étaient supérieurs ou inférieurs à la moyenne.

Les taux sont indiqués en chiffres ordinaires ou chiffres gras, selon que le taux est plus petit ou plus grand que la moyenne.

Les taux d'hospitalisation ont été calculés en totalisant les malades domiciliés dans les communes du secteur de chaque Caisse locale, et en totalisant, par ailleurs, les populations nord-africaines de ces communes.

Nous n'avons pas utilisé les chiffres des Caisses 10 et 11, dont nous avons constaté le peu de valeur.

Pour 8 Caisses locales sur 10, les taux d'hospitalisation et les taux de morbidité sont en corrélation. Encore savons-nous [a] que le taux d'hospitalisation du 17e arrondissement est très aberrant, la population de cet arrondissement qui constitue une forte proportion des ressortissants de la caisse 2, étant très mal déterminée (chiffre entre parenthèses).

Il est assez remarquable de retrouver un rapport entre ces données. D'autant que le taux d'hospitalisation ne dépend pas seulement de la morbidité, mais aussi de nombreux autres facteurs : gravité de la maladie, longueur de la maladie, rechutes, discipline du malade.

[a] Cf. *supra*, Tableau V, p. 189.

CONCLUSION

Nous ferons tout d'abord quelques remarques sur les méthodes que nous avons employées dans notre étude. Leurs possibilités dépassent le cas particulier auquel nous les avons appliquées.

Les hôpitaux nous offrent des documents très variés et très riches eu égard au fait qu'ils ne sont pas établis en vue d'enquêtes de ce genre. Ces documents peuvent être facilement rassemblés en raison de la concentration des établissements. Nous signalerons que notre enquête (I) a été réalisée en 2 mois par un seul enquêteur. Par ailleurs, l'établissement des cartes perforées et l'exploitation mécanographique n'a demandé qu'un mois de travail à 2 personnes, bien que cette exploitation ait nécessité plusieurs milliers de passages des cartes sur machine trieuse. C'est dire que ce procédé d'enquête hospitalière a permis dans un temps très bref et avec des moyens limités et peu coûteux de rassembler de très nombreux renseignements dont la valeur générale a pu être établie et qui concernent les disciplines théoriques et les problèmes pratiques les plus divers.

Nous devons cependant remarquer que nous nous trouvions, au sens restrictif du terme, devant un cas particulier. Cas presque schématique, de simplicité exceptionnelle, auquel la méthode d'enquête hospitalière pouvait s'appliquer à titre expérimental avec une grande facilité et une relative sécurité. La population musulmane d'origine nord-africaine est en effet particulièrement bien définie. Le cadre géographique choisi, le département de la Seine, correspond assez bien aux limites d'un ensemble : l'agglomération parisienne. Encore devons-nous remarquer que nous nous sommes heurtés à des difficultés de détermination des populations sur des points où l'agglomération dépasse les limites du département : zones nord-ouest et sud-ouest. La population nord-africaine, enfin, est remarquablement homogène : presque entièrement composée d'hommes, presque tous ouvriers salariés, de niveaux de vie peu différents. Nous avons donc pu admettre comme hypothèse de départ, puis confirmer par notre étude, que l'échantillon de population hospitalisée était représentatif de la population totale. Nous avons pu admettre avec quelque vraisemblance, mais sans pouvoir les vérifier, les hypothèses d'un taux de fréquentation hospitalière identique pour toute la population nord-africaine, et de l'hospitalisation inévitable en établissement public, à l'occasion de toute affection sérieuse.

Ces hypothèses ne pourraient être admises dans la plupart des cas d'enquêtes hospitalières. Nous avons pu apprécier nous-même combien il est difficile d'estimer le caractère représentatif d'un échantillon de malades métropolitains.

Dans ces cas, il serait nécessaire d'estimer la répartition des échantillons de malades selon les diverses coordonnées sociales et leur caractère représentatif vis-à-vis de chacune de ces coordonnées. Par ailleurs, il devrait être tenu compte de la variation du taux de fréquentation hospitalière en fonction de ces mêmes coordonnées sociales d'une part, des types d'affection et de leur degré de gravité d'autre part.

Nous avons dans certains cas extrait de l'ensemble des hospitalisés des échantillons possédant un caractère représentatif bien défini d'un certain point de vue (l'âge par exemple). Cette méthode, si elle était étendue, s'apparenterait au sondage par quotas. Elle pourrait être utilisée dans certains cas.

Dans une enquête sur les Nord-Africains, une donnée importante se présentait également avec une particulière simplicité : le diagnostic. Non qu'il ait été toujours bien défini. Du moins s'offrait-il dans la majorité des cas avec l'unicité qui caractérise la morbidité des populations jeunes, et qui, pour la même raison, caractérise la médecine classique. La morbidité métropolitaine se présente aujourd'hui sous un aspect différent qui nécessitera des analyses plus complexes. Les malades de plus de 60 ans, par exemple, qui tendent à constituer la majorité de la population hospitalière, présentent souvent une multiplicité d'aspects pathologiques que nous nous efforçons de rassembler en un nombre aussi limité que possible d'entités morbides classiques, mais qui, parfois, nous réduisent à l'aveu d'impuissance révélé par l'indétermination définitive du diagnostic de « sénilité ». Un mot ne suffit plus pour définir un diagnostic. Les processus de pensée simplificateurs ne correspondent plus à ces faits. La notion même de diagnostic semble devoir être révisée ou, du moins, devoir prendre une forme plus générale au sein de laquelle les « maladies » classiques ne constituent que des cas particuliers spécialement bien définis. Les études de morbidité et de mortalité devront tenir compte de ces aspects.

Notre enquête reflète le rythme soutenu de l'immigration nord-africaine en France. Encore très importante en 1955, elle semble devoir laisser, même en 1956, un solde positif. Le besoin d'émigration est en effet imposé par la situation démographique et économique de l'Afrique du Nord. Il est commun à toutes les régions méditerranéennes, à climat sec, sous-sol pauvre et fécondité élevée. L'impossibilité d'une agriculture à haut rendement et d'une grande industrie ne laisse à une population croissante d'autre choix que celui de l'émigration. Il en est ainsi de l'Espagne, de la Corse, de l'Italie, de la Grèce, du Liban. Il n'existe pas de possibilité technique et économique permettant un changement rapide de cette situation. L'ampleur de ce courant migratoire ne se modifierait que s'il rencontrait des obstacles politiques ou règlementaires. Hors de ces cas, nous devons le tenir pour un fait.

Or, un deuxième fait se présente aussi comme une évidence. Ce mouvement de population sera d'autant plus profitable à la France qu'il sera plus profitable à la population immigrante elle-même. Pour chacun, il est bon : que tous les travailleurs aient un emploi, que l'instruction et la qualification professionnelle facilitent leur adaptation à l'économie et augmentent leur production, qu'un niveau de vie satisfaisant réduise les problèmes sociaux, qu'une bonne intégration dans les structures du pays fasse disparaître les situations de discrimination, que les conditions d'exis-

tence favorables et la bonne qualité des soins médicaux améliorent l'état sanitaire et réduisent les charges de santé.

Que constatons-nous à l'étude de ces divers points ? Qu'y a-t-il à faire ?

La grande majorité de la population nord-africaine en France a un emploi actif. Le nombre des chômeurs et des individus sans profession est relativement faible. Il ne se pose pas, à cet égard, de problème grave. Il apparaît même que la stabilité des travailleurs nord-africains dans leur emploi est plus grande qu'on aurait pu le penser, ce qui démontre leur adaptation satisfaisante au cadre économique métropolitain.

Le degré de qualification de cette main-d'œuvre reste par contre très faible. Trois inconvénients en découlent :

Sa productivité est plus basse qu'elle pourrait être.

Les salaires horaires dont elle bénéficie sont bas. Le désir ou le besoin de gains plus élevés ne peut se satisfaire que dans la recherche de travaux durs, préjudiciables parfois à sa santé : postes dangereux ou pénibles, heures supplémentaires, travail de nuit.

La bonne intégration de ces travailleurs dans l'économie reste fragile. Leur manque de qualification amène à les classer comme main-d'œuvre d'appoint. Toute baisse d'aptitude physique, en particulier après une maladie ou un accident laissant une incapacité permanente, interdit le travail de manœuvre. Le reclassement professionnel sera difficile. Ces anciens malades deviendront ou des asociaux ou des invalides précoces à la charge des institutions sociales. Le rapatriement en Afrique du Nord n'est pas une solution : il ne fait que déplacer le problème.

Deux objectifs doivent être recherchés : l'instruction générale et la formation professionnelle.

La base de l'instruction générale doit naturellement être donnée en Afrique du Nord. Bien que les générations jeunes montrent une proportion plus forte d'immigrants ayant fréquenté l'école, de nombreux jeunes gens, néanmoins, ne savent ni lire ni écrire. L'ampleur de cette question déborde largement le simple problème de l'immigration nord-africaine.

Pour améliorer le niveau d'instruction de la population adulte actuellement en France, ou arrivant en France, les cours du soir existant semblent avoir fait la preuve de leur efficacité. Il est souhaitable que ces cours soient multipliés et développés dans toutes les régions où se trouvent des immigrés nord-africains.

Nous devons cependant savoir que l'élévation du niveau d'instruction de la population nord-africaine expose à certaines déceptions, sinon d'un point de vue individuel, du moins d'un point de vue collectif. Cette population a, en effet une forte tendance à glisser, dès qu'elle le peut, vers le secteur tertiaire, vers les activités de petit commerçant, d'employé ou de personnel de service d'hôtellerie ou d'administration. Cette tendance, caractéristique d'une population, se retrouve par exemple dans l'émigration du Moyen-Orient ou dans certaines émigrations intérieures françaises comme celles provenant de Bretagne ou de la Corse. Au contraire, les

émigrations espagnoles ou italiennes se stabilisent souvent dans le secteur secondaire ou même primaire. Une orientation vers le secteur tertiaire peut être en contradiction avec les besoins réels de l'économie aussi bien d'ailleurs en Afrique du Nord qu'en France. Naturellement on ne peut en tirer argument contre l'amélioration du niveau d'instruction qui reste une tendance irréversible et un phénomène toujours bénéficiaire, mais on devra en tenir compte dans la mesure où l'on possédera un pouvoir sur l'orientation professionnelle.

Les meilleurs résultats d'éducation professionnelle semblent être obtenus par la formation à l'intérieur même de l'usine et la promotion « sur le tas ». Cette méthode n'est facilement applicable que dans les vastes entreprises industrielles possédant une main-d'œuvre nombreuse et différenciée. Il serait intéressant de rechercher dans quelle mesure l'esprit de la méthode est applicable dans des secteurs d'activité moins concentrés. Un certain nomadisme est, dans ce cas, pour l'individu, la seule manière de gravir les différents échelons de la qualification professionnelle.

La réadaptation des anciens malades fait partie du vaste problème du reclassement des diminués physiques. Ce problème n'est pas spécifique du Nord-Africain, bien qu'il se présente pour lui de façon particulièrement aiguë. Le cadre des établissements hospitaliers, sanatoriums ou établissements de postcure, semble le plus indiqué pour accueillir des services conjoints de formation générale et professionnelle. Ces services rendraient profitables les mois ou les années perdus par les malades en traitement. Ils lutteraient de surcroît contre l'ennui qui fait actuellement des sanatoriums de véritables foyers d'alcoolisme.

L'intégration sociale du Nord-Africain en France est assez satisfaisante. Nous ne pouvons, d'après nos observations, accorder une grande importance numérique à cette masse d'individus insaisissables, flottants, mobiles, vivant en marge de la société, parfois si complaisamment décrite. Les asociaux, que caractérise essentiellement l'absence de profession et de domicile, représentent au maximum 5 % de cette population. L'implantation géographique durable et stable dans le pays et la région, que nous avons notée, est à la fois un signe et une raison de la bonne adaptation au milieu.

Le regroupement des populations originaires de mêmes communes ou douars présente des avantages, dans un premier temps tout au moins. Il diminue le dépaysement de l'immigrant et lui permet de ne pas se sentir isolé. Il favorise son adaptation en lui facilitant la recherche du travail et celle, si difficile, du logement. Dans un deuxième temps, cependant, il freine l'assimilation et l'intégration dans le milieu social métropolitain. L'individu continuant à vivre dans un milieu fermé sera dispensé de certains efforts d'adaptation, tel l'apprentissage de la langue par exemple. On perçoit cependant très bien le désir du Nord-Africain, lorsqu'il atteint un nouveau degré d'évolution, de se libérer de ce milieu fermé. Il cherche ainsi, très normalement, à échapper à tout ce qui peut subsister d'éléments de discrimination. Le plus gros obstacle à cette tendance est la difficulté de trouver un logement personnel.

La difficulté du logement est l'élément le plus défavorable de la condi-

tion du Nord-Africain en France. Elle l'oblige à loger à l'hôtel, hôtel à clientèle algérienne, le plus souvent, car les autres le refusent fréquemment. Elle a conduit à une hausse des prix abusive qui ne leur laisse d'autre possibilité que de partager une chambre avec plusieurs camarades, dans des conditions de surpeuplement déplorables. Elle l'oblige parfois à se contenter d'habitats d'un inconfort et d'une insalubrité peu admissibles : abris sur les chantiers, salle de café après la fermeture, caves. Le problème du logement est à coup sûr le plus grave que posent les Nord-Africains. Nous y voyons la forme extrême que peut prendre ce problème, par ailleurs de caractère général et national. Nous nous heurtons à lui à propos de chaque question que nous pose cette population immigrante.

Notons un élément extrêmement favorable, tant du point de vue social que du point de vue sanitaire : la faible proportion d'alcooliques dans cette population. Le respect de la prescription coranique interdisant le vin et l'alcool la préserve d'une habitude, dont l'incidence, si grave sur la morbidité métropolitaine, laisse prévoir ce qu'elle pourrait être sur des hommes transplantés, vivant en groupes dans les hôtels, les restaurants et les cafés.

Si la condition individuelle et professionnelle du Nord-Africain en France est relativement équilibrée, il se trouve, par contre, du point de vue familial, dans une situation tout à fait anormale. Jusqu'en 1951, l'émigration a été presque exclusivement masculine. Ces hommes sont donc seuls, sans présence féminine, presque sans relations familiales. Car nous avons constaté que, si une notable proportion se rend en Afrique du Nord périodiquement, la majorité n'y est revenue qu'épisodiquement, et certains n'y sont pas retournés depuis de longues années. Notons qu'ils n'en continuent pas moins à envoyer de l'argent à leur famille. Cette absence d'émigration féminine avait avant tout sa cause dans la condition de la femme en pays musulman. Les signes d'une évolution vers son émancipation ne sont qu'à peine perceptibles en Afrique du Nord.

Depuis 1951, cependant, l'émigration des femmes prend une importance croissante. Alors que la population masculine a doublé depuis 1951, la population féminine semble multipliée par 6 ou 7. Elle ne représente encore, toutefois, que 6 à 7 % de la population totale.

Deux situations sont possibles pour le ménage musulman en France : S'il ne dispose pas d'un logement et habite à l'hôtel, hôtel nord-africain le plus souvent, la femme sera en général maintenue dans des conditions de vie identiques à celles qu'elle connaît en Afrique du Nord, et caractérisées avant tout par l'absence complète de liberté. Les conditions d'habitat seront par ailleurs déplorables pour les enfants. Si le ménage dispose d'un logement indépendant du groupe fermé et si une parente âgée ne l'a pas accompagnée, la femme bénéficiera très vite d'un mode de vie européen. Remarquons que les enfants auront une éducation et une instruction totalement européenne, parfois cependant à l'exclusion des filles.

Cette venue en France des femmes est très souhaitable. Elle place l'émigrant nord-africain dans des conditions normales de vie éminemment nécessaires à son bon équilibre psychique et social. Elle favorise l'émancipation de la femme musulmane. Elle assure aux enfants une formation satisfaisante.

En dehors des obstacles tenant aux mœurs, l'obstacle majeur aussi bien à la venue des femmes en France qu'à leur établissement dans de bonnes conditions est une fois de plus la difficulté de logement.

Il existe des ménages mixtes, qui semblent même actuellement plus nombreux que les ménages musulmans. Il est remarquable que ces unions soient possibles en France alors qu'elles n'existent presque pas en Afrique du Nord. Elles peuvent se maintenir dans la mesure où l'implantation en France est définitive. Car il n'est guère possible à la femme européenne de suivre son mari en Afrique du Nord et de s'adapter à l'état actuel des mœurs musulmanes.

Les mauvaises conditions de logement, l'absence de milieu familial sont cause d'un taux de fréquentation hospitalière élevé. Pratiquement, le Nord-Africain entre à l'hôpital chaque fois que la maladie l'oblige à interrompre son travail. 7 % des malades entrant dans les hôpitaux de la Seine sont des Nord-Africains. Cependant, bien que leurs conditions d'habitat déplorables incitent souvent le médecin à différer la sortie de ces malades, leur jeunesse moyenne et le peu de gravité de la majorité des affections dont ils souffrent rend la durée de séjour à l'hôpital plus courte que pour la moyenne de la population métropolitaine.

Ce taux élevé de fréquentation hospitalière est en soi très favorable. Il est bon que cette population, particulièrement exposée en raison de sa transplantation récente, de ses mauvaises conditions d'habitat, de conditions de travail souvent pénibles, bénéficie d'une bonne surveillance médicale. On pouvait se demander toutefois si la charge de ces soins n'est pas particulièrement lourde. En fait, nos études des coûts d'hospitalisation en fonction des durées de séjour montrent que la grosse masse des hospitalisations courtes ne représente qu'une part assez faible de la charge totale. C'est là un fait général qui se rencontre dans tous les problèmes posés par les dépenses de santé : seul le gros risque est cher ; les économies ne sont guère possibles sur les petits risques. Il n'y a donc pas lieu de chercher de façon urgente à modifier l'état de chose actuel. Ce n'est que dans le cadre d'une amélioration des conditions de logement que pourraient être envisagés des modes de soins différents : traitement ambulatoire des malades suivis en consultations ou, peut-être « home care ». L'amélioration du logement et la possibilité d'un cadre de vie familial diminuerait d'ailleurs automatiquement le taux de fréquentation hospitalière.

La lourde charge des traitements de longue durée est représentée chez les Nord-Africains presque exclusivement par la tuberculose. Les 13 % de malades qui en sont atteints sont une charge plus lourde que l'ensemble de tous les autres malades. La morbidité tuberculeuse est chez le Nord-Africain 2 à 3 fois plus forte que chez la moyenne des Métropolitains de la Seine. Les données connues ne permettent cependant pas de savoir si cette morbidité est supérieure à celle dont souffrent les classes métropolitaines les plus défavorisées socialement. Rien ne permet d'avancer, en tout cas, qu'il existe chez les Nord-Africains une sensibilité particulière à la tuberculose. Notons cependant que les comparaisons sont difficiles car une forte proportion de la population métropolitaine se crée une sensibilité particulière à la tuberculose par intoxication alcoolique.

L'évolution de cette morbidité tuberculeuse semble s'apparenter à celle que l'on observe dans la population métropolitaine caractérisée par une stabilisation du taux brut de morbidité et une diminution de la gravité des cas, sans doute par suite des dépistages systématiques et des progrès des méthodes de traitement. Cette évolution semble donc favorable.

En dehors de la tuberculose, la pathologie du Nord-Africain ne pose que peu de problèmes. Les maladies d'origine africaine n'ont qu'une incidence négligeable. Il en est de même des maladies vénériennes. Le Nord-Africain semble particulièrement sujet aux affections pulmonaires aiguës ou chroniques, ainsi qu'aux troubles fonctionnels digestifs. Les ulcères gastroduodénaux, particulièrement fréquents, posent un problème thérapeutique souvent difficile. En raison des possibilités actuelles de traitement, il est rare que ces affections soient inquiétantes d'un point de vue vital.

Il est difficile d'apprécier la mortalité dans cette population car les malades chroniques rentrent sans doute fréquemment en Afrique du Nord. Du moins peut-on dire que la mortalité « constatée », qui nous donne une idée de la mortalité par affections aiguës et par accidents, est faible.

Ce travail nous a permis de mesurer les difficultés des enquêtes hospitalières, et les précautions qu'elles nécessitent. Mais il nous fait entrevoir aussi le vaste champ d'exploration qu'elles nous offrent. Nous ne pensons pas seulement aux études purement médicales pour lesquelles l'hôpital est le terrain de recherche fondamental. Nous pensons à l'ensemble des sciences de l'homme. Il n'est pas de lieu où se trouvent rassemblés plus de documents humains véridiques qu'en un hôpital. Les sciences de l'homme commencent au dialogue. Sa sincérité est la condition de l'approche de la vérité, et le dialogue du malade et du médecin est un des plus dépourvus de barrières qui soit. Au surplus si les sciences de l'homme imposent l'étude des grands nombres, et si les grands nombres risquent de nous conduire à la sécheresse des schémas, c'est grâce à ce dialogue que nous conserverons présente la valeur de la personne : pour le médecin, la douleur et le malheur ne diminuent jamais d'importance, même pour n'être la douleur et le malheur que d'un seul.

CONCLUSIONS

I. L'enquête hospitalière s'est révélée une bonne méthode d'étude des différents problèmes posés par l'immigration nord-africaine en France.

II. Nous avons, grâce à l'enquête hospitalière, rassemblé un échantillon représentatif de la population nord-africaine de la Seine. Nous avons pu ainsi confirmer ou préciser certaines données démographiques et sociales.

III. L'intégration sociale de cette population nous est apparue relativement satisfaisante. Il semble que le pessimisme souvent exprimé, à propos de ces problèmes ne soit pas entièrement justifié.

IV. Le taux de fréquentation hospitalière élevé du Nord-Africain n'est pas dû à une morbidité particulièrement inquiétante, mais essentiellement aux conditions de logement défavorables et à l'absence de milieu familial.

V. Les affections d'origine nord-africaine : paludisme, amibiase, trachome, n'ont qu'une faible incidence sur la morbidité du Nord-Africain en France, et ne posent pas de problème spécial. Il en est de même de la syphilis. Les cas de sérologie positive ne sont pas plus nombreux que dans la population métropolitaine.

VI. La morbidité tuberculeuse du Nord-Africain dans la Seine est plus forte que la morbidité moyenne de la population métropolitaine. Néanmoins le taux d'hospitalisation pour tuberculose diminue constamment, ce qui semble témoigner de la diminution de gravité des cas.

VII. Parmi ces malades jeunes, la proportion des affections graves est faible. Les cardiopathies et les cancers sont rares. En raison des prescriptions religieuses, les affections d'origine alcoolique sont très peu fréquentes. Seul peut être noté le nombre particulièrement élevé d'ulcères gastro-duodénaux. Dans l'ensemble, l'état sanitaire de cette population n'est pas défavorable.

BIBLIOGRAPHIE

1 — M. F. Boutaleb. — *Enquête médico-sociale chez 810 Nord-Africains tuberculeux hospitalisés dans les hôpitaux et sanatoriums de la région parisienne.* — « Thèse de Doctorat», Faculté de Médecine de Paris, 1955.

2 — Bureau d'Étude des Mouvements de Main-d'Œuvre du Gouvernement Général de l'Algérie. — *Étude sociologique de la migration des travailleurs musulmans d'Algérie en métropole. 1956*

3 — L. Chevalier. — *Le problème démographique nord-africain.* « Institut National d'Études Démographique». Travaux et documents, Cahier N° 6, 1947.

4 — M. Colin. — *La morbidité nord-africaine dans la métropole.* « Thèse de doctorat », Faculté de Médecine de Lyon, 1952.

5 — M. Colin. — *Études sur la morbidité nord-africaine* « E. S. N. A. », Cahier N° 26, 10-11-1952.

6 — Contrôle Général de la Sécurité Sociale. *Les travailleurs nord-africains et la Sécurité Sociale.* « J. O. » (*Documents administratifs*), 3 décembre 1955.

7 — G. Daumezon, Y. Champion, Mme J. Champion-Basset. *L'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine.* « Monographie de l'Institut National d'Hygiène». N° 7, 1955, p. 83.

8 — P. Delore, R. Lambert, A. Marin. — *Enquête sur la pathologie dans la métropole de l'Algérien musulman.* « Le Concours Médical», N° 49, 3 décembre 1955, p. 4545.

9 — Études Sociales Nord-Africaines (E. S. N. A.).
Cahier 14-4-51 (*aspects médicaux*).
— *Santé des Nord-Africains en France.*
Cahier 18-19, 10-11-1951. (*aspects médico-sociaux*).
— *Les jeunes Nord-Africains en métropole.*
Cahier 45, 3-4-1955.
— *La Tuberculose en milieu nord-africain* (*aspects d'Afrique*).
Cahier 30, 4-5-1955.

10 — « E. S. N. A.». En collaboration avec l'Institut National d'Études Démographiques. *Les Algériens en France. Étude démographique et sociale.* Cahier N° 43-44, 1955.
et dans :
« I. N. E. D.» Travaux et documents, Cahier N° 24.

11 — Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale. « Revue de la Sécurité Sociale», N° 52. Décembre 1954.

12 — A. Gardie. — *Les hôpitaux des grandes agglomérations urbaines.* « Revue de l'Assistance Publique», Paris, 1956.

13 — A. Girard. — *Familles Algériennes musulmanes dans l'agglomération parisienne.* «I. N. E. D.», Cahier N° 6, 1947.

14 — L. Henry. — *Perspectives relatives à la population musulmane d'Afrique du Nord.* « Population », N° 2, 4-6-1947.

15 — Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Les Français musulmans originaires d'Algérie d'après le recensement de 1954 (sondage préliminaire au 1/20).*
« Bulletin Hebdomadaire », N° 391, 29 octobre 1955.
« Supplément au Bulletin Hebdomadaire », N° 392, 5 novembre 1955, (suite).
Structure professionnelle de la population d'Algérie.
« Bulletin Hebdomadaire », N° 412, 24 mars 1956.

16 — Institut National d'Hygiène, Section du Cancer (Dr P.-F. Denoix). — *Essai d'étude de la Fréquence d'apparition des nouveaux cas de Cancer.* « I. N. H. ».

17 — X. Leclainche, A. Gardie. — *Enquête Hospitalière Générale*, juin 1954.

18 — S. Ledermann, H. Péquignot. — *Les besoins d'hospitalisation et l'âge (chez l'adulte).* « Semaine Professionnelle et Médico-sociale », N° 2, 14 janvier 1954, p. 41.

19 — A. Lotte, A. Rouillon. — *Rapport sur le fonctionnement des Dispensaires antituberculeux en 1953.*
« Bulletin de l'I. N. H. », Tome 10, N° 1, 1-3-1955, p. 1.
Rapport sur le fonctionnement des Dispensaires antituberculeux en 1954.
« Bulletin de l'I. N. H. », tome 11, N° 2, 4-6-1956, p. 282.

20 — Ministère du Travail. *L'Emploi* (Revue mensuelle).

21 — H. Péquignot, M. Magdelaine, J. Esteve. — *Une enquête hospitalière.*
« Revue de l'Assistance Publique », N° 41, 5-6-1956, p. 391.
et dans :
« La Semaine Médicale », N° 44 du 30 Novembre 1956.

22 — J.-J. Rager, *L'émigration en France des Musulmans d'Algérie* « Documents Algériens — Service d'Information du Cabinet du Gouvernement Général de l'Algérie », Alger, 1956.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

I. Données utilisées 13
— Enquête dans 29 hôpitaux de la Seine 13
— Enquête dans un service de Médecine Générale de l'Hôtel-Dieu. 18
— Enquête dans un service de Médecine Générale de l'Hôpital Necker. 18
— Fichier des Nord-Africains tuberculeux de l'Office de l'Algérie 19
— Statistiques de l'I. N. S. E. E., du Ministère du Travail, de la Sécurité Sociale, du Bureau d'Études des Mouvements de Main-d'Œuvre 20

CHAPITRE PREMIER. *Démographie* 21

I. Estimations de la Population Nord-Africaine de la Seine 21
— Statistiques du Service du Travail et de la Main-d'Œuvre. . . 22
— Recensement de l'I. N. S. E. E.. 22
— Mouvement migratoire. 25

II. Comparaison des accroissements de la population nord-africaine et des hospitalisations. 29

III. Courbes d'âges 36

IV. Répartition par catégories socio-professionnelles 39

V. Domiciles. Répartition de la population nord-africaine dans la Seine . 42

VI. Lieux d'origine. Regroupement dans la Seine en fonction du lieu d'origine 51

VII. Milieux géographiques d'origine 66

VIII. Stabilité géographique du Nord-Africain en France 68

IX. La population féminine nord-africaine 71

X. Ménages musulmans, unions mixtes, enfants 77

XI. Étude comparative de l'émigration Européenne et Israélite provenant d'Afrique du Nord. 80

CHAPITRE II. *Données sociales* 90

Valeur représentative des échantillons étudiés à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Necker. 90

I. Causes et caractères de l'émigration nord-africaine. 96

II. Situation de Famille. Charges de Famille. 99

III. Professions. Qualification. Stabilité professionnelle 101

IV. Salaires 108

V. Sécurité Sociale 109

VI. Instruction 110

VII. Logement 112

VIII. Étude comparative de la population hospitalisée métropolitaine . . . 115

CHAPITRE III. *Données hospitalières*. 123

I. Nombre de Nord-Africains hospitalisés. 125

II. Pourcentage de Nord-Africains dans les hôpitaux de la Seine 127

III. Taux de fréquentation hospitalière. 130

IV. Zones d'attraction des différents hôpitaux de la Seine 131

V. Mode de sortie. Destinée à la sortie. 136

VI. Durées de séjour. Durée des séjours selon les affections Coût des hospitalisations 140

CHAPITRE IV. *Pathologie du Nord-Africain en France* 155

I. Pathologie du Nord-Africain 155
— Fréquence des diverses affections 155
— Les diverses affections selon l'âge 161

II. Pathologie comparée 166
— Critique des échantillons 166
— Les affections d'origine nord-africaine. Amibiase. Paludisme. Trachome 171
— Les maladies infectieuses. La Syphilis 173
— Les affections pulmonaires 174
— Les affections cardiaques 175
— Les affections digestives. L'ulcère gastro-duodénal 177
— Les affections neuro-psychiatriques 178
— Les affections d'origine alcoolique 178
— Les cancers 179
— Les affections chirurgicales 181
— Les accidents du travail 181
— La mortalité 181

III. La Tuberculose 183
— Données fournies par les enquêtes hospitalières. Taux d'hospitalisation pour tuberculose 183
— Données fournies par le fichier de l'Office de l'Algérie. Taux de morbidité tuberculeuse 190
— Données fournies par la Sécurité Sociale. Comparaison des morbidités tuberculeuses nord-africaine et métropolitaine . 196

CONCLUSION 207

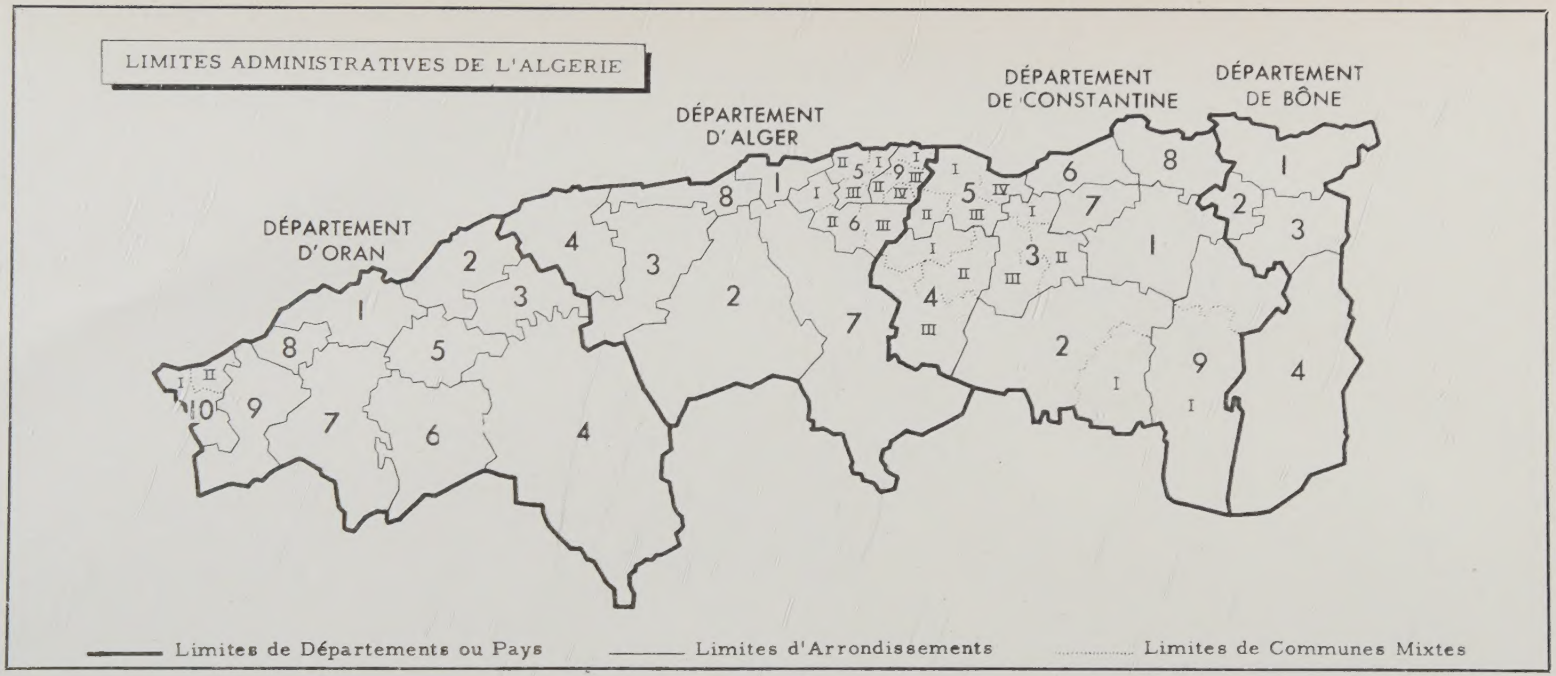
BIBLIOGRAPHIE 215

S I L I C
41, Rue du Metz
L I L L E
Dépôt légal 2496

Imprimé en France

LIMITES ADMINISTRATIVES

DE L'ALGÉRIE



Département d'ALGER

Arrondissements	Communes Mixtes
1 - Alger	
2 - Médéa	
3 - Miliana	
4 - Orléansville	
5 - Tizi Ouzou	I Mizrana
	II Tizi-Ouzou
	III Dra el Mizan
6 - Bouira	I Palestro
	II Aïn Bessem
	III Maillot
7 - Aumale	
8 - Blida	
9 - Fort National	I Azzefoun
	II Fort National
	III Haut Sébaou
	IV Djurdjura

Département de CONSTANTINE

Arrondissements	Communes Mixtes
1 - Constantine	
2 - Batna	I Aurès
3 - Sétif	I Takitount
	II Eulma
	III R'hira
4 - Bordj Bou Arreridj	I Bibans
	II Maadid
	III M'Sila
5 - Bougie	I Soummam
	II Akbou
	III Guergour
	IV Oued Marsa
6 - Djidjelli	
7 - Mila	
8 - Philippeville	
9 - Aïn Beïda	I Kenchela

Département de BONE

Arrondissements	Communes Mixtes
1 - Bône	
2 - Guelma	
3 - Souk-Ahras	
4 - Tébessa	

Département d'ORAN

1 - Oran	
2 - Mostaganem	
3 - Relizane	
4 - Tiaret	
5 - Mascara	
6 - Saïda	
7 - Sidi-Bel-Abbès	
8 - Aïn Temouchen	
9 - Tlemcen	
10 - Marnia	I Marnia
	II Nédroma

* Limites administratives antérieures aux dispositions du Décret N° 56.-641 du 28-6-56 du Ministre Résident en Algérie (voir E. S. N. A. cahier rectificatif au Répertoire des Localités algériennes).